

398
38
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juillet 1893, à 1 heure

PAR

M. - J. LEVINÇON

Né à Odessa (Russie), le 30 août 1867

ÉTUDE

CLINIQUE, BACTÉRIOLOGIQUE ET CRITIQUE

SUR LES

MALADIES DES VOIES LACRYMALES

PRODUISANT LE LARMOIEMENT

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
BRUN et CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

1893

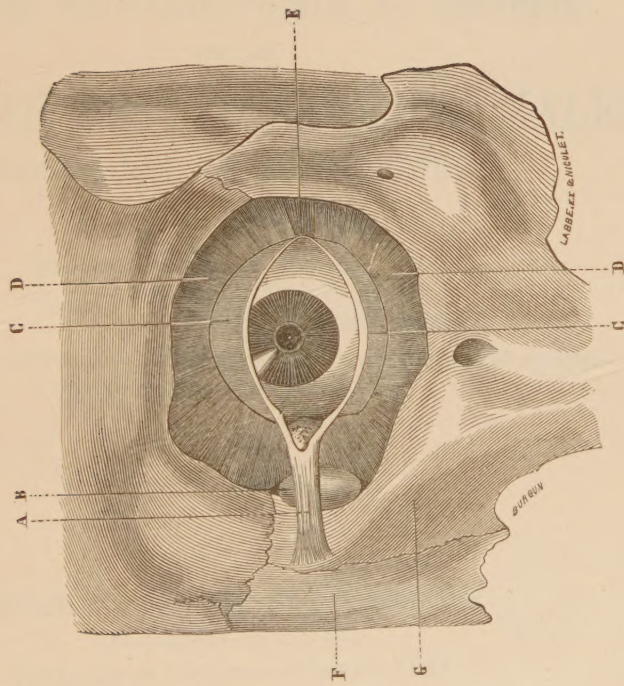


Fig. 1. — Rapports du tendon direct du muscle orbiculaire avec le sac lacrymal (côté gauche).

- A, tendon du muscle orbiculaire des paupières.
 B, sac lacrymal.
 C, cartilages tarsi.
 D, ligaments des tarsi.
 E, ligament angulaire externe.
 F, os propre du nez.
 G, branche montante du maxillaire supérieur.

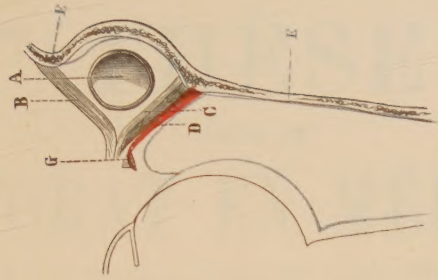


Fig. 2. — Schéma montrant les rapports du sac lacrymal sur une coupe horizontale pratiquée au niveau du grand angle de l'œil (œil gauche).

- A, sac lacrymal.
 B, tendon direct du muscle orbiculaire.
 C, tendon réfléchi du muscle orbiculaire.
 D, muscle de Horner.
 E, E, périoste tapissant la paroi orbitaire et la gouttière lacrymale.
 G, caroncule lacrymale.

(Ces figures sont empruntées au *Traité d'anatomie topographique* de M. le Professeur Tillaux).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

398

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juillet 1893, à 1 heure

PAR

M. - J. LEVINÇON

Né à Odessa (Russie), le 30 août 1867

ÉTUDE

CLINIQUE, BACTÉRIOLOGIQUE ET CRITIQUE

SUR LES

MALADIES DES VOIES LACRYMALES

PRODUISANT LE LARMOIEMENT

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
BRUN et CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	N.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	LE FORT.
Chnique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements.	{ TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN	DELBET	MARIE	RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SEBILÉAU
BRISAUD	GLÉY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUÉNU	
DEJERINE	MARFAN	RETTÉRIER	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0036

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PANAS

Professeur de Clinique Ophthalmologique à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Chavalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR FANO

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Directeur de l'Institut Ophthalmique
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR WORMS

Médecin en Chef du Chemin de Fer du Nord
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR CADET DE GASSICOURT

Médecin Honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUD'HOUI

Médecin de la Pitié

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELENS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse inaugurale a été inspiré par le désir de faire connaître une maladie qui joue un rôle important dans la production du larmolement. Ayant eu l'honneur et la bonne fortune d'être attaché à la Clinique de M. le Professeur agrégé Fano, nous avons vu un grand nombre de malades atteints de larmolement, consécutif, comme disent les classiques, soit à un rétrécissement du canal, soit à une dacryocystite, et nous avons pu examiner et suivre un certain nombre d'individus porteurs de tumeurs ou de fistules lacrymales. Un fait nous avait particulièrement frappé, c'est l'existence très fréquente d'une lésion osseuse, accompagnant les catarrhes du sac lacrymal ; notre attention fut attirée sur ce point, par l'enseignement de notre savant maître, M. Fano qui, dans un mémoire publié en 1878, avait insisté sur l'ostéo-périostite du grand angle de l'orbite.

Ce mémoire ne fut pas très remarqué ; on peut même dire que pour la plupart des ophtalmologistes, il passa

inaperçu. L'extrême modestie de notre maître l'empêcha de donner à son travail une publicité exagérée et son pur souci de la vérité se contenta de mettre au jour, une vérité de plus. La vérité finit toujours par être connue, cela est vrai ; mais combien lentement si on ne la répète un nombre infini de fois !

Déjà, en 1862, il y a donc trente ans, M. Fano avait émis l'opinion que la fameuse théorie mécanique de J. L. Petit était démentie par l'observation clinique et qu'il fallait chercher dans le squelette du grand angle la lésion primitive, cause d'un assez grand nombre d'abcès et de fistules lacrymales. Il ne fit que développer cette opinion et l'appuyer par des faits cliniques, dans son mémoire de 1878.

D'abord sceptiques à cet endroit, nous nous sommes convaincu par nous-même de la réalité du fait indiqué par M. Fano, et sans qu'il ait le moins du monde songé, dans sa modestie de savant, à nous inspirer le sujet de notre thèse, nous avons spontanément choisi, comme point principal de ce travail, l'étude du larmolement d'origine osseuse. En examinant la question en général, nous avons été amené à grouper les différentes causes dans un ordre conforme à la réalité des faits et nous croyons avoir réussi à classer en un petit nombre de catégories tous les cas possibles.

A l'heure qu'il est, nous ne pouvions nous dispenser d'un aperçu de la question au point de vue bactériologique ; nous avons donc donné un résumé de cette question,

encore à l'étude, et rapporté les résultats de nos recherches personnelles.

Il était aussi indispensable de tenir compte des nouvelles données thérapeutiques introduites dans la science par la vulgarisation des procédés d'antisepsie et d'asepsie. Nous avons été amenés à critiquer les différentes méthodes de traitement mises en usage pour guérir le larmolement, à rechercher leurs inconvénients respectifs, leurs indications, leurs avantages et à établir un traitement rationnel, basé sur la connaissance exacte de l'état à modifier.

Le plan, que nous avons suivi dans cette étude, a été le suivant :

Après avoir exposé aussi sommairement que possible, dans ses traits essentiels, fondamentaux ; la disposition et le mode de fonctionnement de l'appareil lacrymal et de ses annexes, après avoir indiqué le mécanisme de la sécrétion et de l'excrétion des larmes, nous avons cherché à rattacher le larmolement, soit à un vice de sécrétion, soit à une disposition anormale, soit à une défectuosité dans le mécanisme habituel de l'écoulement. Nous avons également examiné les cas où le larmolement avait une cause extrinsèque, née primitivement en dehors des voies lacrymales proprement dites, mais affectant ces voies secondairement.

Après avoir aussi complètement que possible, croyons-nous, établi les causes des phénomènes, nous avons indiqué le traitement approprié à chacune d'elles, critiquant et insistant surtout sur celui des prétendus rétrécissements du canal nasal.

Enfin nous avons appuyé notre opinion, touchant la pathogénie de certaines tumeurs et fistules lacrymales, d'un nombre assez respectable d'observations probantes. Nous avons aussi rapporté quelques observations démontrant l'échec complet d'un traitement qui ne s'adressait pas à la véritable cause de la maladie. Il faut à cela ajouter une statistique inédite, portant sur plus de 1.500 cas de larmoiement, et appartenant à la pratique de M. le Professeur agrégé Fano, de 1859 à 1892.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier tous ceux qui nous ont prodigué généreusement leur enseignement et aidé de leurs conseils.

Nous prions notre maître M. le Dr Fano, Professeur agrégé à la Faculté, Chevalier de la Légion d'honneur, directeur de l'Institut Ophtalmique, d'agréer, le premier, l'hommage de notre profonde reconnaissance pour tout ce que nous lui devons.

Accueilli par lui avec une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, nous avons largement profité de son enseignement ; nous avons pu apprécier ses précieuses qualités de savant, de clinicien et de maître ; il nous a laissé une large initiative et nous a donné ainsi le meilleur moyen de nous instruire.

Aussi sommes-nous très heureux de lui témoigner, quoique faiblement, notre gratitude en choisissant, comme sujet de thèse, une question qui lui est redevable d'un certain progrès, et en insistant sur le point qu'il a le premier signalé et complètement étudié.

Qu'il nous permette de lui exprimer l'assurance de notre respectueux dévouement.

Nous prions M. le Dr Worms, médecin en Chef du chemin de fer du Nord, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, de recevoir nos plus vifs remerciements pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et pour l'appui généreux qu'il nous a prêté en maintes circonstances.

M. le Dr Cadet de Gassicourt, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur, nous a également porté intérêt et nous avons l'agréable devoir de l'en remercier ; nous considérerons toujours comme un honneur d'avoir été son élève.

Nous adressons aussi nos remerciements à notre maître M. Delens, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, agrégé de la Faculté et à notre autre maître, M. Ricard, chirurgien des hôpitaux et agrégé à la Faculté, pour leurs bienveillants conseils et l'aide qu'ils ne nous ont jamais refusée, bien plus, qu'ils nous ont en toutes circonstances offerte, avec une amabilité incomparable.

Nous prions MM. les D^{rs} And'houi, médecin de la Pitié, et Netter, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, d'agréer l'hommage de notre dévouement.

Enfin que M. le Professeur Panas nous permette de le remercier respectueusement d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, après nous avoir fourni généreusement des observations de son

service. Nous ne pourrions oublier ni l'insigne honneur qu'il nous fait, ni l'aimable bienveillance qu'il nous a témoignée.

Nous ne pouvons terminer ces lignes, sans remercier M. Mirallié, interne très distingué des hôpitaux, qui a bien voulu, avec sa compétence reconnue, pratiquer l'examen bactériologique des liquides que nous lui avons remis, ainsi que notre excellent ami, M. Wassilieff, interne des hôpitaux, aide d'anatomie, ancien préparateur de médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience dans le cours de ce travail.

I

DU LARMOIEMENT PHYSIOLOGIQUE

L'appareil sécréteur des larmes comprend deux portions, dont l'une connue de tout temps, et autrefois seule connue, reste certainement la principale, tandis que l'autre, de découverte moderne, sinon récente, joue un rôle moindre, quoique beaucoup plus important qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici. Etudions rapidement chacune de ces deux portions.

La première, la plus ancienne en date, est formée par ce que l'on peut appeler les glandes lacrymales principales, au nombre de deux, l'une orbitaire profonde, l'autre palpébrale dite de Rosenmuller, plus superficielle ; la seconde partie de l'appareil sécréteur n'est guère bien connue que depuis une trentaine d'années au plus, elle comprend les glandes dites lacrymales accessoires, glandes acineuses de la conjonctive, qui ont l'année dernière fait l'objet d'une étude fort complète et fort intéressante de la part du Docteur Terson, chef de laboratoire à la clinique ophtalmologique de la Faculté.

Nous serons bref dans la description des glandes principales, connues de tout le monde et dont l'importance pour nous est accessoire. La portion orbitaire, logée dans l'angle supérieur et externe de l'orbite, au-dessus et en dedans, du droit externe, du droit supérieur et du releveur, est maintenue appliquée contre le périoste par un mince fascia qui n'est, dit M. le professeur Tillaux, qu'un dédoublement du périoste lui-même.

La portion palpébrale, comme son nom l'indique, est située dans l'épaisseur du voile supérieur, dans sa partie externe ;

elle est sous-jacente à la conjonctive, à travers laquelle on peut la voir, en renversant la paupière supérieure. On aperçoit alors une tuméfaction oblongue, à grand axe parallèle au bord libre de la paupière et présentant la forme d'un petit haricot. Les lobules, au nombre de 15 à 40 (Sappey) sont contenus dans un tissu conjonctif épaissi, mais non dans une véritable capsule ; aussi la portion palpébrale n'est-elle pas énucléable, comme l'est la portion orbitaire. Les lobules occupent la région du cul-de-sac conjonctival supérieur qui part de la commissure inclusivement et qui comprend tout le tiers externe de ce cul-de-sac ; ils se continuent avec le système glandulaire du fornix supérieur par des glandes qui diminuent rapidement de volume.

« La face supérieure de ce rectangle glandulaire est en rapport avec l'expansion fibreuse du releveur qu'elle longe et sous laquelle elle est couchée et adhérente ; cette expansion la sépare de la portion orbitaire ; sa face inférieure correspond surtout à la conjonctive ; le bord postérieur tend à rejoindre la glande orbitaire, en contournant l'expansion fibreuse (Testut). Le bord antérieur repose sur le cul-de-sac. Des deux extrémités, l'externe se continue jusqu'à la commissure, l'interne se continue avec les glandes conjonctivales du milieu de la paupière.

Ces deux portions ont évidemment des canaux excréteurs, dont les orifices en nombre variable suivant les observateurs, mais surtout suivant les sujets examinés, ne se voient bien encore aujourd'hui que par le procédé de Monro le fils, c'est-à-dire, en faisant baigner le cul-de-sac conjonctival dans une solution colorée, eau sanguinolente (Haller) carmin, encre, etc.

Les injections faites en tâtonnant dans le cul-de-sac

(Sappey) ne doivent pas être employés. Mais le procédé le meilleur est encore celui des préparations éclaircies par l'acide acétique ou tartrique. Malgré cela les divergences entre les auteurs sont encore prononcées.

Gosselin pensait qu'il y avait 2 canaux venant de la portion orbitaire, 6 à 8 venant de la palpébrale, ces derniers restant en général indépendants des deux premiers. Pour Sappey il y aurait de 3 à 5 canaux orbitaires, principaux, traversant la palpébrale et s'adjoignant les canaux de celle-ci ; Béraud avait trouvé des canaux indépendants pour la portion palpébrale.

M. le professeur Tillaux, en 1862, reprend la question, démontre l'existence des variétés décrites avant lui ; mais trouve sur 15 sujets, 13 fois la disposition signalée par Gosselin et 2 fois seulement celle indiquée par Sappey.

Cela est de nouveau confirmé par le Docteur Terson qui a trouvé, en outre, 6 fois sur 10, au milieu même de la glande, des lobules qui ont leur conduit excréteur particulier. D'ailleurs, voici ce qu'écrit l'auteur précédent :

« On peut tout observer, en somme, et cela cadre parfaitement avec le développement assez peu réglé des glandes du cul-de-sac conjonctival se développant en dehors pour pousser jusqu'à l'orbite : sait-on même bien exactement ce qu'il faut appeler glande palpébrale ? Doit-on adjoindre à la masse les grosses glandules disséminées dans le cul-de-sac et dans le tarse environnants ? La présence de ces glandes dont le développement est variable, rend insoluble d'une façon absolue la question du nombre exact des canalicules excréteurs des glandes palpébrales et conjonctivales.

« D'une manière générale, les canalicules s'ouvrent sur une ligue courbe assez régulière, comprenant le cul-de-sac su-

périeur pour les glandules conjonctivales et presque tout le tiers externe pour les glandes lacrymales ordinaires ¹. »

Il y a, en effet, outre les deux grandes portions, orbitaire et palpébrale, une troisième portion lacrymale, formée non plus pour un organe unique, mais par une série de glandes disséminées dans la conjonctive.

Ces dernières sont de découverte récente, mentionnées pour la première fois par Krause, en 1842, elles furent décrites en 1853 par Sappey.

« Les glandes de la conjonctive sont situées au-dessous de cette membrane, dans l'angle qu'elle forme, en passant des paupières sur le globe de l'œil. C'est sur la moitié interne de cet angle qu'on les rencontre, en sorte qu'elles se disposent pour la plupart sur une ligne courbe demi-circulaire à concavité externe. Du cul-de-sac oculo-palpébral, ces glandes s'avancent sous la muqueuse jusqu'au bord adhérent des cartilages torses. Il en existe rarement toutefois au niveau de la partie moyenne de ce bord, mais elles forment presque toujours un petit groupe à leur extrémité interne. Leur nombre, ainsi que leurs dimensions varient beaucoup suivant les individus, chez quelques-uns on en compte de 12 à 15, chez d'autres de 20 à 30. . . . , »

Vues au microscope, elles offrent la structure et tous les attributs des glandes en grappe ². »

Béraud, en 1859, décrit fort bien les glandes acineuses de la conjonctive. Henle propose de leur donner le nom de glandes lacrymales accessoires. Mais leur étude a été surtout bien

¹ Terson, th. de Paris, 1892, p. 42.

² Sappey. Traité d'Anat. Descript. vol. III p. 749, (1877).

faite par Ciaccio, en 1874. Après avoir séparé les glandes muqueuses des glandes lacrymales, il établit la grande division en glandes du cul-de-sac et glandes acino-tarsales. L'étude reprise par le Docteur Terson a donné les résultats suivants dont nous devons ici présenter un résumé, car l'importance pour notre étude particulière est capitale.

« La glande palpébrale avec sa grosse masse de lobules forme la partie externe d'un arc glandulaire dont la partie interne atteint les environs de la caroncule. Les glandes du fornix sont séparées en général par un intervalle libre de plusieurs millimètres de la masse de la glande palpébrale. Leur disposition générale est la suivante : situées exactement dans le tissu sous-muqueux de l'arc du cul-de-sac sur lequel viennent s'implanter leurs canaux excréteurs, leur volume baisse rapidement vers le milieu de la paupière ; puis le système en arrivant vers le tiers interne se relève en force et en épaisseur ; les petites glandules se tassent, au point de constituer une deuxième glande palpébrale, interne cette fois, mais tout-à-fait en miniature.

Le cul-de-sac possède également des glandules, mais peu abondantes, dans le tiers externe.

Les glandes du tarse sont surtout volumineuses et nombreuses dans la paupière supérieure ; elles ont un canal excréteur très long (glandes acineuses tarso-conjonctivales de Ciaccio).

Toutes les glandes acineuses sont une dépendance directe de la conjonctive et leurs canaux excréteurs s'ouvrent dans une région qui reste relativement la même.

Pour ce qui est de la grosseur relative du système palpébral et orbitaire, on a remarqué à plusieurs reprises que le

volume des deux parties de la glande est souvent dans une sorte d'antagonisme : si la portion palpébrale est très développée et s'étale dans la paupière supérieure en une large couche, la portion orbitaire est grêle et vice-versa. Chez quelques sujets les deux systèmes, orbitaire et palpébral, sont peu développés ; néanmoins, le développement du système acino-conjonctival paraît toujours suffisant.

Quant aux glandes dites muqueuses, elles n'existent pas dans la conjonctive, en tant que glandes, l'épithélium, qui tapisse les sillons muqueux, peut certes, comme toute cellule épithéliale, jouer le rôle de glande, mais ne saurait autoriser à décrire des organes sécréteurs distincts.

En résumé, l'appareil sécréteur des larmes se compose de trois parties : d'une glande orbitaire généralement la plus volumineuse des trois ; d'une glande palpébrale et enfin d'un système de glandules plus ou moins volumineuses, situées sur toute l'étendue de la muqueuse conjonctivale du cul-de-sac supérieur et jusque dans le tarse.

L'ensemble de ces glandes, toutes acineuses, est une dépendance directe de la conjonctive.

Le développement de chaque portion est d'autant plus considérable, que les autres portions sont plus petites.

Les vaisseaux destinés à ces organes proviennent des artères, se distribuant dans la région et vont aux veines qui les accompagnent. La portion orbitaire de la glande présente seule un appareil vasculaire qui lui est particulièrement destiné. L'innervation est également spéciale, car cette portion reçoit un gros filet nerveux, le nerf lacrymal en grande partie destiné à la glande.

L'ensemble des trois portions, que nous appellerons désor-

mais appareil glandulaire, sécrète un liquide sur la composition duquel nous n'insisterons pas. Qu'il nous suffise de dire qu'il forme un bon milieu de culture pour différents microbes et qu'il est destiné à lubrifier l'espace interpalpébral, la muqueuse conjonctivale, d'où la protection normale du globe oculaire.

Quel est le mode de fonctionnement de l'appareil glandulaire ? C'est une question très importante à connaître pour l'étude que nous nous sommes proposé de faire. A l'état normal, les larmes s'écoulent par les voies lacrymales sans que nous nous en doutions ; jamais elles ne tombent sur la joue, toujours à l'état normal, sans une excitation spéciale qui provoque l'envie de pleurer.

Dans les conditions habituelles, la conjonctive et le globe oculaire sont humides, lubrifiés par le liquide sécrété dans les culs-de-sac glandulaires de la conjonctive ; la glande lacrymale orbitaire, et peut-être aussi la palpébrale, restent dans un repos relatif. Lorsqu'au contraire une excitation quelconque, lumineuse ou non, agit sur la conjonctive, on voit par action réflexe, les gros groupes glandulaires sécréter une quantité anormale de liquide. Il se passe sans doute pour l'œil ce qui existe pour la bouche.

Les glandes salivaires déversent leurs produits d'une façon continue à la surface de la muqueuse buccale ; mais la sécrétion dans l'état de repos est juste suffisante pour entretenir la muqueuse dans un état continu d'humidité. Surviennne une excitation un peu forte, comme celle produite par un grain de sel placé sous la langue, sur le plancher de la bouche, on voit alors la salive sécrétée en grande abondance.

La physiologie des glandes en général et des salivaires, en

particulier, comporte comme phénomène excitateur principal une action réflexe. Les glandes de l'appareil lacrymal ne font pas exception à la règle commune ; leur sécrétion ordinaire, suffisante pour entretenir l'humidité de l'œil, peut être considérablement accrue par une action réflexe un peu vive. Tel est le mécanisme de l'hypersécrétion physiologique passagère.

En dehors de cette exagération, les larmes sont déversées vers la conjonctive d'une façon continue et certainement en quantité plus grande que cela n'est nécessaire, une partie s'évapore, l'autre partie s'écoule dans la narine au moyen d'un appareil spécial dont l'ensemble porte le nom de voies lacrymales et dont la disposition est importante à connaître lorsqu'on veut se rendre un compte exact des conditions dans lesquelles peut se produire le larmoiement. Ce symptôme, en effet, peut être dû ou bien à une sécrétion exagérée ou bien à une excrétion insuffisante ; dans les deux cas les larmes affluent plus vite qu'elles ne s'écoulent. Il est donc nécessaire de connaître la disposition de cet *appareil d'écoulement*, pour comprendre le mécanisme du larmoiement qui accompagne si souvent les maladies des voies lacrymales.

L'une des premières parties de l'appareil est constituée par la cavité inter-oculo-palpébrale, cavité virtuelle, mais pouvant se remplir de larmes. Cette cavité se termine par le lac lacrymal au niveau duquel s'ouvrent les canalicules lacrymaux. Ces derniers, au nombre de deux, l'un supérieur, l'autre inférieur, sont dans leur partie externe, coudés à angle droit et situés dans la partie du bord libre de la paupière dépourvue de cils. Ils sont séparés par la caroncule lacrymale, s'ouvrent par un orifice dit point lacrymal dirigé en arrière, et en haut ou en bas, suivant le canalicule considéré.

L'inégalité de longueur des deux canalicules, qui se réunissent en dedans en un canal unique avant d'aborder le sac lacrymal, fait que les deux orifices ou points lacrymaux ne se correspondent pas.

Le point supérieur est situé un peu plus en dedans que l'inférieur, en sorte que pendant l'occlusion des paupières, les deux orifices restent béants, juxtaposés, mais non superposés.

« Les canalicules succèdent aux points lacrymaux et occupent toute la portion lacrymale du bord libre des paupières. Ils offrent deux parties très distinctes : une première, très courte, mesure 2 millimètres, elle est verticale ; une seconde partie beaucoup plus longue (5 à 6 millimètres) est horizontale pour l'inférieur, légèrement oblique en bas et en dedans pour le supérieur... Creusés dans chaque branche de bifurcation du tendon de l'orbiculaire, les canalicules lacrymaux sont tapissés à leur intérieur par une membrane muqueuse continue avec la conjonctive » ¹.

La seconde partie de l'appareil excréteur, la plus importante peut-être, est le sac lacrymal, dont les rapports avec les parties voisines nous intéressent au plus haut point. Nous emprunterons à notre maître, M. le Professeur Tillaux, la description aussi claire que succincte des dispositions anatomiques, dont nous voulons parler.

« Le sac lacrymal constitue une sorte de réservoir, situé dans l'angle interne de l'œil. Il rappelle la forme du cœcum : terminé en cul de sac supérieurement, il se continue en bas avec le canal nasal sans ligne de démarcation appréciable à

¹ Tillaux, Anat. typographique.

l'extérieur et reçoit à angle droit le tronc commun des deux canalicules lacrymaux, de même que le cœcum reçoit l'intestin grêle ; pour compléter l'analogie, il existe à l'embouchure de ce tronc commun une valvule appelée valvule de Iluschke, qui aurait pour rôle comme celle de Bauhin, de s'opposer au reflux des liquides.

Le sac lacrymal est logé dans la gouttière lacrymale, située à la face interne de l'orbite, limitée en avant et en arrière par deux crêtes saillantes appartenant, la première à la branche montante du maxillaire supérieur, la seconde à l'os unguis. »

Les rapports du sac sont utiles à connaître et ne manquent pas d'une certaine complication. Ce qui nous intéresse particulièrement, c'est le rapport de la paroi interne du sac. Cette paroi est en contact direct avec le périoste de la gouttière lacrymale, ce qui permet de concevoir la propagation aisée d'une inflammation osseuse au sac lui-même.

Le canal nasal, lui, est encore plus intimement en rapport avec les os, car il est creusé dans l'épaisseur de la paroi externe des fosses nasales et s'ouvre dans le méat inférieur.

La muqueuse qui tapisse le sac contiendrait des glandes d'après Béraud et Ordonnez ; mais la plupart de ces glandes a été niée par Robin et Cadiat, dont l'opinion est aujourd'hui généralement admise.

La muqueuse du canal nasal présente un caractère commun avec celle des fosses nasales, c'est-à-dire d'être intimement unie au périoste du canal osseux. Ici encore on conçoit facilement qu'une inflammation des os puisse se propager rapidement à la muqueuse du canal nasal. Les deux muqueuses

sont d'ailleurs continues l'une à l'autre et peu adhérentes aux os.

L'appareil excréteur se compose en définitive de deux parties, l'espace interpalpébral et les voies lacrymales proprement dites. A cet ensemble, se trouve annexé un appareil musculaire dont la fonction est de faire progresser les larmes de l'angle externe de l'œil jusque dans le canal nasal. Nous allons rapidement exposer en quoi consiste cet appareil contractile.

Il se compose du releveur de la paupière supérieure et du muscle orbito-palpébral de Sappey, d'une part, et d'autre part du muscle orbiculaire des paupières, auquel est annexé le petit muscle de Horner.

Le sac lacrymal présente avec cet appareil les rapports suivants. Il est contenu dans une gaine tendineuse qui se continue avec les fibres de l'orbiculaire des paupières. Celui-ci s'attache, d'une part, à l'apophyse orbitaire interne du frontal, à la face externe de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et au tiers inféro-interne de la base de l'orbite, d'autre part, par un tendon bifurqué à la gouttière lacrymale. La bifurcation antérieure de cet tendon part de là lèvre antérieure de la gouttière lacrymale, au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. La bifurcation postérieure, plus large et plus mince, part de la lèvre postérieure de la gouttière lacrymale, c'est-à-dire de la crête de l'inguis et se termine par deux branches courtes et grêles qui se fixent à l'angle interne des cartilages torses.

Toutes les fibres musculaires qui naissent de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, de l'apophyse orbitaire interne du frontal et de la partie inféro-interne de l'orbite, forment la portion extra-palpébrale de l'orbiculaire. Celles qui

naissent des faces supérieure et inférieure du tendon de l'orbiculaire concourent à former la portion palpébrale.

D'autres fibres musculaires, provenant de la bifurcation du tendon, forment un petit faisceau spécial, connu sous le nom de muscle de Horner. Ce petit faisceau s'attache en dedans à la crête de l'unguis, se bifurque en dehors pour se terminer au niveau des point lacrymaux. Il couvre les canalicules lacrymaux qu'il double en arrière d'une sangle contractile. Il remplit le même usage par rapport à la face postérieure du sac, sur lequel il est aussi appliqué.

En résumé, les voies lacrymales s'ouvrent d'une part à la conjonctive, d'autre part dans les fosses nasales. Elles sont en rapport avec l'appareil musculaire que nous venons de décrire et avec des portions osseuses : paroi interne de l'orbite et apophyse montante du maxillaire supérieur, en rapport avec le sac lacrymal, paroi externe des fosses nasales dans l'épaisseur de laquelle est creusé le canal nasal.

La muqueuse qui tapisse ces voies est en continuité avec la conjonctive d'une part et, d'autre part, avec la muqueuse nasale. Cette muqueuse lacrymale est intimement adhérente au périoste dans toute l'étendue du canal nasal ; le périoste lui-même se décolle facilement des surfaces osseuses.

Comment fonctionne l'appareil d'écoulement ? Le mécanisme de l'excrétion des larmes est très important à connaître, car un trouble apporté dans ce mécanisme peut provoquer le larmoiement.

Les larmes versées à la surface de la conjonctive, dans l'espace interpalpébral, sont acheminées vers le lac lacrymal, grâce au clignement des paupières, clignement presque continu, et grâce en partie aux mouvements qu'exécute le globe oculaire.

C'est donc à l'orbiculaire des paupières qu'est dévolue la charge de faire progresser les larmes de l'angle externe vers l'angle interne de l'œil. Mais, une fois arrivées dans le lac lacrymal, les larmes s'engagent dans les canalicules par l'orifice des points lacrymaux et principalement par le point lacrymal inférieur. Evidemment, le liquide ne pénètre pas facilement par ces petits orifices, quoique la capillarité soit un adjuvant précieux pour cette pénétration. Il se passe en outre un phénomène mentionné par tous les physiologistes, c'est la tendance au vide, l'aspiration qui résulte de la circulation de l'air dans les fosses nasales. Il se produit ici quelque chose d'analogue sinon d'identique à ce qu'on peut observer sur un pulvérisateur qui fonctionne.

L'aspiration n'a pas lieu au niveau du sac lacrymal, grâce aux contraction de l'orbiculaire, comme on le croyait toutefois. Car cette contraction n'a pas pour effet de redresser le tendon de ce muscle qui s'insère au devant du sac, lequel dilaté favoriserait l'accès des larmes dans sa cavité. Bien au contraire, le sac étant contenu dans une gaine tendineuse, la contraction de l'orbiculaire aurait pour effet de diminuer la capacité du sac. L'aspiration se produit, comme nous l'avons dit, par le courant d'air nasal, dirigé tangentiellement à l'orifice du canal nasal.

Le muscle de Horner n'attire pas les points lacrymaux en arrière et ne les plonge pas dans le lac lacrymal. La contraction de ce muscle tend plutôt à rétrécir l'orifice des points lacrymaux et agir surtout sur les canalicules pour favoriser la migration des larmes à travers ces conduits jusque dans le sac.

Toutes les larmes sécrétées ne passent pas par le canal na-

sal ; une assez grande partie s'évapore à l'air extérieur avant d'avoir atteint le lac lacrymal et, d'ailleurs, le liquide, en dehors des émotions et des actions réflexes intenses, n'est sécrété presque exclusivement que par les glandes de la conjonctive.

L'appareil musculaire est innervé par le nerf facial ; la sensibilité de la muqueuse est fournie par le trijumeau, qui donne également la sensibilité à la muqueuse des fosses nasales et qui est le point de départ d'un grand nombre d'actions réflexes pouvant retentir sur la sécrétion lacrymale pour l'augmenter ou du moins pour mettre en activité la glande lacrymale proprement dite.

De la description sommaire, mais suffisante, des dispositions et du fonctionnement de l'appareil lacrymal tout entier, que nous venons d'esquisser, on peut et doit tirer un certain nombre de déductions touchant les causes et le mécanisme du larmolement pathologique.

Il est facile de concevoir, en effet, que le larmolement se produira chaque fois qu'il y aura une anomalie de la sécrétion, un obstacle mécanique sur le trajet des voies lacrymales ou un vice dans le mécanisme de l'excrétion. On comprend encore très facilement que les affections de la conjonctive et des fosses nasales puissent retentir ou se propager aux voies lacrymales ; on ne saurait s'étonner également que les maladies des os du grand angle de l'œil et de la paroi externe des fosses nasales puissent donner lieu à des lésions secondaires des voies lacrymales, spécialement du sac et du nasal nasal.

Qu'une excitation quelconque, un peu continue, vienne à s'exercer sur l'appareil de sécrétion, glande orbito-palpébrales et glandes de la conjonctive, et le larmolement se produira. Que les voies lacrymales proprement dites soient obli-

térées mécaniquement, et le même phénomène sera observé.

Que l'appareil musculaire soit paralysé ou contracturé, l'effet sera encore le même.

Enfin, les affections congénitales des paupières et des voies lacrymales, absence, oblitération ou division anormale, auront aussi pour résultat le larmolement, soit par un mécanisme simple, soit par un mécanisme compliqué.

Mais ce n'est pas tout ; il n'est pas permis aujourd'hui de ne pas tenir compte du rôle considérable que peut jouer une infection quelconque et celle-ci peut avoir un des trois points de départ suivants ; la conjonctive, qui normalement est habitée par le staphylocoque, la muqueuse nasale, siège fréquent d'infections variées ; enfin, les parties avoisinantes et spécialement les os. C'est sur ce dernier point que nous insisterons le plus, néanmoins nous passerons en revue toutes les causes du larmolement en dehors de l'état normal, physiologique. C'est à cette étude que sera consacré le chapitre suivant.

II

DU LARMOIEMENT PATHOLOGIQUE

Nous avons vu, dans les pages précédentes, qu'à l'état normal la sécrétion de l'appareil glandulaire donnait une quantité de liquide proportionnée à l'intensité de l'évaporation et au calibre des voies lacrymales destinées à l'écoulement de la portion liquide non évaporée.

Il y a donc à l'état normal un rapport constant entre la quantité sécrétée et le calibre des voies d'excrétion ou d'écoulement. La constance de ce rapport explique pourquoi l'œil se trouve lubrifié, la conjonctive maintenue humide, sans qu'il y ait écoulement des larmes sur la joue.

Ce rapport constant n'existe que si tout l'appareil fonctionne régulièrement. L'appareil, en effet, doit présenter les dispositions anatomiques ou statiques, que nous avons indiquées ; les annexes musculaires et nerveux, doivent également se trouver dans l'état physiologique.

Mais, il peut y avoir écoulement de larmes sur la joue, en dehors de tout état pathologique, par exemple, dans l'action de pleurer. Ce larmolement momentané, qu'on peut appeler physiologique, tient évidemment à l'exagération momentanée de la sécrétion, exagération d'ordre réflexe, soit à la suite d'une émotion, soit à la suite d'un attouchement de la conjonctive ou de l'introduction d'un corps étranger.

Ici, la cause étant supprimée, le larmolement disparaît, le phénomène ne saurait être considéré comme pathologique. Car le rapport de la sécrétion avec l'excrétion n'est changé

que momentanément. Il en est, tout autrement, dans le second cas et nous croyons devoir définir le larmolement pathologique de la façon suivante :

Chaque fois que le rapport normal entre la sécrétion et l'excrétion est changé d'une manière permanente, il y a larmolement pathologique.

Cette définition n'est pas exacte, si l'on prend le mot de larmolement dans le sens d'écoulement des larmes sur la joue ; il faut dire, dans ce cas, que le rapport de la sécrétion à l'excrétion est *augmenté* d'une manière permanente. Mais la définition reste exacte, lorsqu'on prend le terme dans son acception totale de quantité de larmes circulant dans l'appareil. Si le rapport diminue, il y a sécheresse de l'œil, xérophthalmie, dont nous n'avons pas à nous occuper ici ; si le rapport augmente, il y a excès de larmes et larmolement proprement dit des cliniciens, c'est précisément celui qui nous intéresse. En sorte que nous pouvons maintenant définir d'une façon précise le larmolement comme résultant de *l'augmentation permanente du rapport entre la sécrétion et l'excrétion*.

Cette augmentation peut être produite de trois manières.

1° Ou bien la sécrétion augmente seule, les voies lacrymales restant normales, mais devenant dans ce cas relativement insuffisantes.

2° Ou bien, la sécrétion étant normale, les voies lacrymales sont diminuées de calibre ; et insuffisantes d'une façon absolue.

3° Ou bien enfin, la sécrétion augmente, tandis que les voies diminuent de calibre ; il y a, à la fois, excès de sécrétion et insuffisance d'écoulement.

Par conséquent, nous devons établir les trois grandes divi-

sions suivantes pour le larmolement pathologique par excès de sécrétion, par insuffisance des voies lacrymales : par excès de sécrétion et insuffisance simultanée des voies d'excrétion.

Larmolement par excès de sécrétion.

Dans ces cas, l'excès tient ou bien à une hypertrophie de la glande, ou bien à une excitation anormale et continue de l'organe.

Le larmolement par hypertrophie simple de la glande lacrymale est extrêmement rare. M. Polaillon, dans l'article du dictionnaire Encyclopédique, n'en rapporte que 9 cas, nombre excessivement restreint par rapport à l'énorme quantité de larmoyants qu'on a dû observer depuis le commencement du siècle. Nous avons dans nos observations rapporté quatre cas d'hypertrophie, dont trois qui n'étaient pas signalés par M. Polaillon, et qui sont dus à M. Meyer. Dans notre statistique personnelle, nous ne trouvons que sept cas de larmolement par hypertrophie sur un nombre total de 1.538 malades larmoyants, c'est-à-dire une fois sur 220 et cette proportion est sans doute supérieure à ce qu'elle est en réalité.

L'excès de sécrétion par excitation anormale continue est beaucoup plus fréquent. Que faut-il entendre par excitation anormale, continue ? Avant de répondre à la question, nous devons rappeler que nous envisageons ici exclusivement l'appareil sécréteur, en supposant les voies lacrymales normales. Il ne s'agit que de l'appareil glandulaire, composé des trois portions orbitaire, palpébrale et conjonctivale.

— Pour les glandes lacrymales, de même que pour toutes les autres, plusieurs causes président à l'excès de la sécrétion. Cet excès est toujours réflexe, en dehors des cas d'hypertro-

phie ; nous mettrons aussi de côté l'influence morale ou des émotions, qui finissent toujours par se calmer. Mais il y a d'autres actions réflexes permanentes ; celle par exemple qui suit le trichiasis ; l'irritation continue de la conjonctive amène une hypersécrétion, l'hyperhémie simple de la membrane muqueuse produit la même action. Néanmoins, ces causes sont assez rares et leur action est trop évidente, pour que nous insistions. Beaucoup plus fréquente, beaucoup plus importante est l'infection de l'appareil glandulaire. On sait que le larmolement accompagne souvent, sinon toujours, les maladies, dites inflammatoires de la conjonctive et du globe oculaire : conjunctivite, kératite, iritis. A l'action réflexe, produite par la présence des microbes, vient s'ajouter l'hyperhémie, si favorable comme l'on sait à l'accélération de la sécrétion ; en outre, le gonflement de la muqueuse, en diminuant l'espace interpalpébral, contribue à produire le larmolement, car le liquide sécrété en plus grande abondance trouve un espace plus petit, trop petit, et s'écoule à l'extérieur avant d'avoir pu gagner les voies ordinaires de l'écoulement.

Le rôle de l'infection est considérable ; il n'est pas contestable dans le cas présent, pas plus que dans ceux que nous examinerons plus loin.

Il faut dire que bien rarement l'infection se localise à la conjonctive, sans se propager à la muqueuse même des voies lacrymales. Presque toujours ces voies sont infectées, si même elle ne sont pas le point de départ de l'infection. C'est peut-être le cas le plus fréquent et le fait a été signalé depuis longtemps déjà. La communication des voies lacrymales, avec les fosses nasales, explique bien des cas de maladies infectieuses de l'appareil lacrymal et même de l'œil lui-même. Rien de plus

rationnel au point de vue étiologique, que de faire partir l'infection de l'appareil nasal, car la coïncidence des maladies du nez avec celles de l'œil a été remarquée et affirmée, en raison de la continuité de la pituitaire avec la muqueuse qui tapisse le canal nasal, le sac lacrymal et les canalicules lacrymaux. Faravelli et Cruch¹ ont recueilli, à la Clinique ophtalmique de Pavie, 35 observations d'affections des voies lacrymales ; sur les 35 cas, 28 fois il existait une maladie des fosses nasales (1 cas de rhinite catarrhale, 13 cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale, 3 cas de papillome à forme polypeuse diffuse) et 7 fois une atrophie de la muqueuse nasale, dont 1 cas accompagné d'ozène. Trousseau² a cité deux cas de blépharospasme nerveux et un cas de migraine ophtalmique, guéris par l'extirpation de petits polypes des fosses nasales ; il a également signalé un cas de mydriase due à deux petites ulcérations de la muqueuse nasale et trois cas d'asthénopie rebelle guérie en même temps que l'affection de la pituitaire.

Despagnet a signalé également des cas de larmoiement incoercible malgré la perméabilité parfaite des voies lacrymales. Dans les cas de ce genre, il a constaté une hypertrophie de la muqueuse des fosses nasales, au niveau du cornet inférieur. En traitant cette dernière affection, il fit disparaître le larmoiement. Il a observé également des kératites granuleuses coïncidant avec des rhinites catarrhales³.

On voit par ce qui précède qu'une maladie d'origine microbienne peut très facilement et assez souvent se propager du nez aux voies lacrymales et même à la conjonctive. Mais indé-

¹ Annales d'ophtalmologie, 1889, p. 191.

² Soc. d'Ophtalm. de Paris, 2 août 1889.

³ Dans Journal d'Oculist. et de Chir. n° 281, novembre 1889.

pendamment de l'action exercée par l'infection sur le larmolement, il y a encore une action purement réflexe, ayant son point de départ au niveau de la muqueuse nasale.

En résumé, le larmolement par excès de sécrétion reconnaît pour cause principale une infection souvent partie du nez ; c'est alors un symptôme d'une maladie inflammatoire de la conjonctive ou de la cornée, comme celles encore consécutives à l'invasion de la rougeole ou de la variole. Mais le *larmolement ne constitue pas dans ces cas le phénomène capital*, il disparaît avec les autres symptômes ou, s'il persiste, il reste dû à la présence de quelque microorganisme.

La persistance du larmolement dans ces cas résulte soit d'une infection prolongée, soit de quelqu'une de ses conséquences, que nous étudierons plus loin. Le fait certain qu'il nous suffit de retenir et que l'examen de notre statistique démontre immédiatement, c'est que l'infection joue un très grand rôle dans le larmolement et qu'on ne saurait prendre trop de précautions antiseptiques pour opérer, explorer ou examiner un œil.

Ce rôle presque exclusif de l'infection est surtout démontré lorsqu'on passe en revue les causes du larmolement tenant soit à un écoulement défectueux, soit à une insuffisance des voies lacrymales. Nous allons examiner ces différents cas et nous verrons immédiatement combien plus nombreux et plus importants ils sont, que ceux du paragraphe actuel.

Larmolement par insuffisance d'écoulement.

Ici nous allons trouver des causes nombreuses de larmolement, car si l'appareil de sécrétion est relativement sim-

ple, par contre, l'appareil d'excrétion est assez compliqué.

Nous avons vu que les larmes, versées dans l'espace interpalbébral ou cavité conjonctivale, sont incessamment poussées, grâce au clignement, vers le lac lacrymal, de là elles passent dans les canalicules puis le sac, d'où elles sont chassées grâce à un appareil musculaire fort important et synergique de l'orbiculaire des paupières:

Les contractions incessantes de ce dernier, en produisant le clignement, dirigent les larmes vers l'appareil excréteur proprement dit. Supposons donc que l'orbiculaire soit paralysé, qu'advient-il? Supposons encore que la paupière soit déviée d'une façon permanente, qu'arrivera-t-il? Dans tous les cas il y aura larmolement. Il existera aussi, quand, au lieu de la paralysie, on constatera de la contracture.

Si, malgré l'intégrité de l'appareil musculaire et de l'appareil glandulaire, il existe un obstacle mécanique sur le trajet des canaux excréteurs, les larmes, quoique en quantité normale et acheminées d'une façon normale, couleront sur la joue, il y aura larmolement d'origine mécanique.

Les cas de larmolement par insuffisance d'écoulement doivent donc être classés en deux groupes principaux. Le premier comprend tous les cas dans lesquels le phénomène est dû à une insuffisance musculaire, le second renferme tous ceux dans lesquels les larmes rencontrent un obstacle mécanique à leur progression normale.

Insuffisance d'origine musculaire.

Le larmolement peut être produit par un vice de fonctionnement de l'appareil musculaire annexé aux voies lacrymales. Cela indique de suite plusieurs causes au phénomène.

Qu'il y ait, par exemple, paralysie de l'orbiculaire des paupières, comme cela se voit dans la paralysie faciale, par quel mécanisme se produira le larmolement dont l'existence dans ces cas est reconnue par tous, depuis longtemps ?

La paralysie de l'orbiculaire amène l'impossibilité de l'occlusion des paupières et du clignement. L'œil est largement ouvert, la paupière supérieure est relevée et un peu écartée du globe oculaire ; la paupière inférieure tombe comme dans l'ectropion ; elle est également écartée du globe.

De cette façon, la conjonctive se trouve transformée en une surface dont tous les points sont en contact avec l'air extérieur ; cette surface est presque immobile ; aussi les larmes qui tombent sur elles, n'ont-elles aucune tendance à se porter vers l'angle interne ; bien au contraire, elles suivent les lois de la pesanteur et tombent directement sur la joue. A cela vient s'ajouter la déviation des points lacrymaux dont nous dirons deux mots plus loin.

En résumé, le larmolement dans la paralysie présente trois causes : l'absence du clignement, la chute de la paupière inférieure et son écartement du globe, la déviation en dehors des points lacrymaux.

La contracture des muscles peut produire du larmolement lorsqu'elle est partielle. Sans insister sur l'entropion spasmodique, nous devons signaler ce que M. Fano a décrit en 1878, sous le nom de larmolement spasmodique. Il est des cas, en effet, dans lesquels l'écoulement anormal des larmes tient uniquement à un simple spasme des points et des conduits lacrymaux. Il faut entendre par là une contraction passagère de la portion du muscle orbiculaire des paupières, qui est cou-

chée sur la face postérieure des canalicules lacrymaux et qui forme le muscle Horner.

Ce *larmolement spasmodique* ne s'observe que chez les femmes d'un tempérament nerveux ; il coïncide souvent avec des névralgies palpébrales et parfois des névralgies ciliaires. Il a pour caractère essentiel d'être intermittent, de ne se manifester qu'à des périodes plus ou moins éloignées, de durer plus ou moins longtemps à chaque accès. Si on examine avec soin les voies lacrymales, on ne trouve aucune lésion ni des points, ni des canalicules lacrymaux, ni du sac, ni du canal nasal. Les injections d'eau pratiquées par le point lacrymal inférieur, soit avec une seringue d'Anel, soit avec un appareil à pompe passent dans la narine. Par quel mécanisme se produit alors le larmolement ? « La contraction de l'orbiculaire n'a pas pour effet, dit M. Fano, de redresser le tendon de ce muscle qui s'insère au devant du sac et qui étant dilaté favoriserait l'accès des larmes dans le sac. Bien au contraire, le sac étant contenu dans une gaine tendineuse, la contraction de l'orbiculaire aura pour effet de diminuer la capacité du sac. »

« Le muscle de Horner n'attire pas les points lacrymaux en arrière et ne les plonge pas dans le lac lacrymal, ce qui aurait pour effet de faciliter l'absorption des larmes ; la contraction de ce muscle tend plutôt à rétrécir l'orifice des points lacrymaux et agit surtout sur les conduits lacrymaux pour favoriser la migration des larmes jusque dans le sac lacrymal ¹. »

A ces deux mécanismes de larmolement, peu importants, il faut ajouter un troisième, qui rentre bien dans le même groupe, quoique l'appareil musculaire ne soit pas toujours en cause ; nous voulons parler de *l'éctropion* de la paupière in-

¹ M. Fano, Journ. d'Ocul. et de Chir. Mai 1889.

férieure. Généralement cicatriciel, l'ectropion consiste, comme chacun sait, en un renversement de la paupière en dehors ; c'est-à-dire que la paupière inférieure se trouve abaissée et écartée du globe de l'œil. Certes ici, l'orbiculaire n'est pas en cause par lui-même ; mais le résultat de la déformation équivaut à une paralysie du muscle, puisque sa portion inférieure, quoique puissante, est placée dans des conditions qui s'opposent à l'exercice de cette puissance.

Le larmolement qui accompagne l'ectropion se fait donc par un mécanisme identique à celui du larmolement consécutif à la paralysie de l'orbiculaire ; mais avec une intensité moindre, sauf dans les cas de déformation très prononcée. Comme dans la paralysie de l'orbiculaire, le larmolement de l'ectropion se produit pour trois raisons :

1° Parce que les points lacrymaux peuvent être déviés en dehors et ne plus plonger dans le lac lacrymal ;

2° Parce que la paupière, abaissée et écartée du globe, ne retient plus les liquides en arrière d'elle ;

3° Parce que le clignement, qui n'est pas supprimé, est néanmoins imparfait, d'où l'impossibilité de la progression normale des larmes vers le grand angle de l'œil.

Ces trois causes, que nous avons vu exister avec toute leur intensité, dans la paralysie de l'orbiculaire, sont généralement très atténuées, lorsqu'on a affaire à un ectropion, à moins que le renversement de la paupière ne soit très prononcé. Aussi nous paraît-il inutile d'insister sur toutes ces causes de larmolement, en somme, accessoires, de même que dans certains *vices de conformation des paupières*, tels que la division congénitale de l'un de ces voiles. Les maladies qui provoquent le plus souvent le larmolement sont celles des voies lacrymales

proprement dites, dont nous devons maintenant nous occuper avec plus de détails.

INSUFFISANCE DES VOIES LACRYMALES.

Au point de vue de la pathogénie du larmolement, les affections des voies lacrymales sont beaucoup plus importantes que les maladies précédentes ; elles sont aussi beaucoup plus fréquentes et plus nombreuses. Toutes produisent l'écoulement des larmes sur la joue, par le même mécanisme, en créant un obstacle au cours normal du liquide, soit en rétrécissant les conduits, soit même en supprimant complètement leur lumière.

Dans tous les cas, le mécanisme est le même : les larmes quoique sécrétées en abondance normale sont en quantité trop grande pour traverser des voies dont le calibre se trouve réduit. Ce mécanisme très simple à comprendre, n'est cependant pas fréquent, nous dirions même volontiers qu'il existe rarement et que, le plus souvent, la cause principale de la diminution de calibre est une infection d'origine variable, produisant, en même temps que l'insuffisance des voies, l'excès de la sécrétion comme nous l'avons vu dans les pages précédentes.

Nous diviserons donc l'étude de l'insuffisance des voies lacrymales en deux paragraphes, l'un sera consacré à l'insuffisance purement mécanique, l'autre à l'insuffisance d'origine infectieuse.

Insuffisance mécanique.

Il faut entendre par là le rétrécissement ou l'oblitération des voies sur un point quelconque, sans infection intercur-

rente. Tels sont les rétrécissements et oblitérations d'origine congénitale ou traumatique.

On sait, par exemple, que les points lacrymaux sont quelquefois recouverts par une mince membrane qu'on détruit facilement en les perforant. Morgagni, Anel, Carron, Travers et bien d'autres ont cité des observations de ce genre ; cependant cette anomalie n'est pas fréquente.

Il n'en est plus de même de l'étroitesse des points et des conduits lacrymaux ; on éprouve parfois de sérieuses difficultés à introduire dans les points, non seulement une sonde et une canule d'Anel, mais encore la pointe d'une épingle. Chez certains sujets qui se plaignent de pleurer, on ne trouve aucune lésion du côté de la conjonctive ; les points lacrymaux ne sont pas déviés, les conduits et le canal nasal sont perméables. Seulement le cathétérisme est très difficile, parfois impossible. Lorsqu'on est arrivé à pénétrer dans l'un des conduits, le larmolement cesse pour quelques jours, mais ne tarde pas à reparaître. Voici par exemple, une observation probante :

« La dame P..... âgée de 26 ans, piqueuse de bottines, est observée par le Dr Fano à sa clinique. La malade dit qu'elle a presque toujours pleuré des deux yeux ; que ces derniers n'ont jamais été rouges, que les paupières n'ont jamais été collées le matin. Le larmolement est continu ; il devient plus prononcé quand la malade travaille ou s'expose au grand air. Il n'y a ni blépharite ciliaire, ni conjonctivite. Il n'y a pas d'ectropion ; les points lacrymaux sont dirigés vers le lac lacrymal. On éprouve de la difficulté à faire pénétrer une canule d'Anel dans le point lacrymal inférieur, pour y arriver on est obligé de déployer une certaine force, une injection d'eau passe parfaitement par le nez ; il n'y a pas le plus petit fila-

ment de mucus. Dès le jour même où l'injection est faite, le larmolement devient moins abondant. Une nouvelle injection ayant été pratiquée le lendemain, le larmolement cesse ; mais il ne tarde pas à revenir. »

Au lieu d'être congénitale, l'oblitération des points ou des canalicules lacrymaux peut être d'origine traumatique et succéder à une plaie ou à une brûlure. Les faits de ce genre sont très connus et nous n'avons pas besoin d'y insister.

Dans ce paragraphe, nous rangeons aussi l'insuffisance due à une lésion organique, comme par exemple le rétrécissement provoqué par la présence d'un dacryolithe (Desmarres, Critchet, Bowman, etc. ou d'un polype Demours, (Desmarres), ou bien le rétrécissement consécutif à une ulcération, ou enfin la destruction du canalicule et du sac, par un épithélioma du grand angle.

Les oblitérations purement mécaniques du sac et du canal nasal sont incontestables.

Ces deux portions des voies lacrymales manquent parfois, mais sur des sujets qui présentent d'autres vices de conformation graves de l'appareil de la vision. L'observation d'absence congénitale du canal nasal rapportée par Dupuytren ¹ est loin d'être probante. Quant à l'oblitération traumatique par fracture, elle peut exister ; mais ne paraît pas avoir été suivie de larmolement. C'est ce qui résulte de la lecture des observations de Malgaigne ² et de D. Larrey³. Si dans le cas de Boyer, par contre, il y a eu du larmolement, celui-ci paraît avoir succédé, non pas à l'oblitération du canal nasal, mais bien à une in-

¹ Leçons orales de Cliniq. Chirurg. tome III, p 382.

² Traité des fract. et luxat. 1847, tome I, p. 365.

³ Mém. de chir. milit. Paris, 1812-1817, tome IV. p, 242.

fection, car l'auteur dit: « Il survint un gonflement et une inflammation considérables ¹. »

Il est presque certain que dans les cas de fracture du canal nasal, les larmes ont pris leur cours dans la narine par quelque voie accidentelle, puisque, le plus souvent, il n'y a pas eu de larmolement consécutif au traumatisme.

Enfin, mentionnons comme cause mécanique, mais qui est peut-être d'origine infectieuse, la présence de calculs dans le sac (dacryolithes) ou dans le canal nasal.

En résumé, nous voyons que l'insuffisance de l'écoulement peut reconnaître une origine musculaire ou une origine mécanique ; mais nous devons faire remarquer d'une part, que ces causes sont assez rares et que d'autre part, elles se compliquent le plus souvent de phénomènes inflammatoires, de dacryocystite. Pourquoi donc, le larmolement est-il suivi ou accompagné d'inflammation du sac lacrymal et sans doute du canal nasal ? Les idées, les plus opposées ont eu cours dans la science sur ce sujet ; mais c'est seulement de l'époque où l'anatomie des voies d'excrétion des larmes a commencé à être bien connue, que ces théories ont pris une base sérieuse.

J. L. Petit, le premier, donna une théorie, qui dans l'état des connaissances à cette époque devait être nécessairement mécanique et qui n'a jamais été complètement abandonnée, tellement l'esprit humain est routinier.

J. L. Petit, dans une série de mémoires communiqués à l'Académie des sciences, de 1734 à 1744, chercha à établir sa théorie. Comparant la disposition des conduits lacrymaux, du sac et du canal nasal à un siphon composé de deux branches

¹ Ph. Boyer, *Traité des Mal. Chirurg.* Paris, 1847, tome III. p. 124.

inégales, dont une extrémité plonge dans le sac lacrymal, établit que la fistule lacrymale est ordinairement une conséquence de l'obstruction de ce siphon du côté du nez. « Les larmes que les points lacrymaux y conduisent, ne peuvent s'écouler par le nez, s'accumulent et font effort pour dilater le siphon ; mais comme la partie étroite et basse du siphon est renfermée dans un canal osseux, elle résiste et tout l'effort que font les larmes se passe sur la partie large appelée sac. Celui-ci cède à l'effort des larmes et se dilate..... » Pour mieux faire comprendre sa pensée, J. L. Petit compare le mode de production de la tumeur du sac à la distension de la vessie par l'urine, alors qu'il existe un rétrécissement de l'urèthre. L'indication à remplir consiste à déboucher le siphon.

Cette théorie est longtemps restée victorieuse, malgré les tentations faites pour la renverser. Scarpa, Bégnini, Dupuytren et surtout Velpeau, ont combattu cette doctrine de l'obstruction et fait jouer le principal rôle à l'inflammation dans la genèse des accidents.

Béraud, dont les recherches sur l'appareil lacrymal sont classiques, invoqua l'existence de l'inflammation des glandes du sac.

Parmi les auteurs modernes, de Wecker dit, avec raison, que les sténoses et atrésies du canal nasal, ne doivent pas figurer dans l'étiologie de la dacryocystite catarrhale. Galezowski pense que l'exagération de l'alcalinité des larmes suffit à provoquer l'inflammation de la muqueuse du sac. M. le professeur Panas rappelle une expérience curieuse de Weber, qui a montré que dans un appareil disposé comme l'appareil lacrymal, l'introduction d'un liquide un peu visqueux suffit pour empêcher les larmes de circuler.

Dans l'état actuel de nos connaissances, après les travaux de l'illustre Pasteur, on doit considérer le catarrhe du sac comme d'origine infectieuse. D'ailleurs la présence de micro-organismes infectants est démontré par ce fait que, sous l'influence du contact du muco-pus avec la conjonctive, il se développe des conjonctivites et des kératites, aujourd'hui incontestablement reconnues comme étant d'origine microbienne.

Insuffisance d'origine infectieuse.

Le larmolement par insuffisance des voies lacrymales d'origine infectieuse est certainement de beaucoup le plus fréquent. Aussi la recherche des causes d'infection est-elle fort importante, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement.

L'infection peut reconnaître deux sources : ou bien elle se produit de dehors en dedans, de l'extérieur vers la profondeur, ou bien elle s'exerce de dedans en dehors, de l'organisme vers les voies, de la profondeur à la superficie. Ces deux sens de la contamination des voies lacrymales ne sont cependant pas les seuls ; ils peuvent se combiner et l'infection peut avoir lieu en même temps de la surface vers la profondeur et de la profondeur vers la surface. Que faut-il entendre par infection de dehors en dedans ou de dedans en dehors ? La réponse est assez facile : les voies lacrymales n'étant pas directement et largement en communication avec le milieu extérieur, l'infection de dehors en dedans ne peut se faire que par l'intermédiaire des surfaces qui mettent les voies lacrymales en rapport avec ce milieu extérieur, c'est-à-dire par l'intermédiaire des muqueuses nasale et conjonctive à la surface desquelles s'ou-

vrent ces voies. Voilà donc deux sources inévitables, d'une part la conjonctive, d'autre part le nez et ses annexes ou sinus de la face. Quant à l'infection de dedans en dehors, elle ne peut se faire que par l'intermédiaire des parties qui touchent immédiatement les voies lacrymales, c'est-à-dire par *les os*, unguis, apophyse montante du maxillaire supérieur, cornet inférieur, paroi interne du sinus maxillaire. Nous avons vu, au début de ce travail, que la muqueuse du sac lacrymal n'était séparée de l'apophyse montante que par un mince feuillet fibreux, et que la muqueuse du canal nasal était intimement adhérente au périoste des portions osseuses constituant de ce conduit, de même que la pituitaire est fortement adhérente au périoste des fosses nasales. Si l'os vient à s'infecter, pour une cause quelconque, l'infection peut se propager à la paroi du sac et du canal, et amener finalement une infection de la surface muqueuse de ces conduits.

Quelle que soit la source de l'infection, le résultat produit au point de vue anatomique est toujours le même. La muqueuse, infectée, sécrète en plus grande abondance; elle se tuméfie sur toute son étendue ou sur un point seulement, d'où les différentes lésions que l'on observe, lorsqu'on a la bonne fortune de faire l'autopsie d'un individu autrefois atteint de maladie des voies lacrymales avec larmolement. L'anatomie pathologique de ces maladies est, en effet, assez mal connue, car les autopsies sont rares; cependant nous possédons quelques données sur ce sujet, tant en ce qui concerne les lésions de l'appareil d'écoulement lui-même qu'en ce qui a trait aux lésions de voisinage.

Des observations faites par Auzias-Turenne, Dolbeau et surtout Béraud, il ressort nettement que la lésion la plus cons-

tante est l'inflammation de la muqueuse d'où résulte l'épaississement et, dans la majorité des cas, la dilatation des parois du sac. Les rétrécissements et les oblitérations du canal nasal sont exceptionnels.

Dans le catarrhe du sac, la muqueuse est épaissie ; elle est rouge, a un aspect tomenteux et sa surface présente une saillie plus accusée des papilles ; parfois la couleur est noirâtre, ardoisée.

Les ulcérations ne sont pas rares ; les valvules décrites ne jouent aucun rôle.

Lorsqu'il y a tumeur lacrymale, la muqueuse présente un amincissement atrophique, avec surface lisse, séreuse et coloration gris pâle.

Les parties voisines présentent des lésions diverses : kératite, conjonctivite d'un côté, de l'autre des affections nasales variées, rhinites catarrhales, inflammation des sinus, en particulier du sinus maxillaire, ozène, etc. Nous avons déjà signalé cette coexistence fréquente des affections nasales avec une affection des voies lacrymales produisant le larmolement.

Quant aux lésions osseuses, tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'elles sont exceptionnelles : Mackenzie seul décrivait la carie ; mais comme consécutive à la fistule lacrymale.

Nous croyons que la lésion osseuse est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit et qu'elle est souvent la cause du catarrhe du sac lacrymal. Nous avons voulu attirer l'attention sur ce point, étudié en 1878, par M. Fano, et dont nous avons pu constater l'exactitude, tant d'après l'enseignement de notre savant maître, que d'après ce que nous avons vu nous-même. Dans un mémoire publié en 1878, M. Fano indi-

quait très nettement l'origine osseuse du catarrhe du sac avec larmolement.

« Je me propose de démontrer, dans ce mémoire, que les affections désignées communément sous les noms de tumeurs et fistules du sac lacrymal, ne sont que des ostéites ou des ostéopériostites de la région du grand angle de l'œil ; que ce qui en a imposé à tous ceux qui ont professé et professent aujourd'hui une opinion contraire, c'est le voisinage du sac lacrymal dans la région qui est primitivement et réellement le siège du mal. Je ne me dissimule pas que ces idées, tout à fait nouvelles, soulèveront tout d'abord un sentiment d'incrédulité. Nous sommes tellement imbus, depuis cent trente ans, de la doctrine de J. L. Petit, sur le mode de production des tumeurs et des fistules lacrymales, que nous avons une certaine défiance pour toute opinion qui ne s'accorde pas avec celle de ce grand chirurgien. Je prie donc instamment tous ceux qui liront ce travail, de chercher par eux-mêmes à vérifier la valeur des observations cliniques sur lesquelles il est basé. »

Ce mémoire publié dans le journal d'Oculistique et de Chirurgie, n^{os} d'avril, mai, juin et juillet 1878, passa inaperçu, grâce à la modestie de l'auteur, qui, dès 1862, s'était élevé contre l'opinion de J. L. Petit. Au Congrès d'Ophtalmologie de Paris, tenu en 1862, M. Fano avait fait valoir, contre la théorie du célèbre chirurgien français, les arguments suivants, qui, encore aujourd'hui, ont conservé toute leur valeur.

« 1^o On rencontre, disait-il, de nombreux malades chez lesquels le canal nasal est imperméable aux injections d'eau poussées par le point lacrymal et cependant ces mêmes malades n'ont pas la moindre distension du sac lacrymal qui ne secrète aucun produit pathologique. »

« 2° Par contre, il n'est pas rare d'observer d'autres sujets chez lesquels il y a une tumeur et même une fistule du sac lacrymal, alors même que le canal nasal est resté très perméable, ou même que ce canal est dilaté, ce que l'on constate en faisant une injection d'eau par le point lacrymal inférieur, cette injection passant en effet à flots par la narine correspondante. »

Dans son mémoire de 1878, M. Fano écrivait : « C'est le squelette de la portion de la face, en rapport avec les voies d'excrétion des larmes (sac lacrymal et canal nasal) qui est le véritable point de départ du mal. C'est le tissu osseux de cette région, notamment le tissu de l'apophyse montante du maxillaire supérieur qui est affecté primitivement. Il se produit primitivement une ostéite ou une ostéo-périostite, et d'après l'étendue qu'occupe cette inflammation, les premiers phénomènes que l'on observe sont variables. Si l'affection est limitée au voisinage du sac, il y a du larmolement et de la tuméfaction de la région du grand angle de l'orbite ; mais le canal nasal reste perméable, ainsi que le démontrent les injections d'eau pratiquées par le point lacrymal inférieur. Si, au contraire, l'ostéite occupe, non seulement le grand angle de l'orbite, mais encore les parois du canal nasal, ce dernier devient promptement imperméable, parce que le gonflement du tissu osseux, qui limite le conduit de toutes parts, en efface la lumière. Si enfin l'ostéite n'occupe que les parois du canal nasal, sans s'étendre au tissu osseux du grand angle, il peut n'y avoir aucun trouble fonctionnel apparent dans l'excrétion des larmes, celles-ci se vaporisant à mesure qu'elles arrivent au niveau du cul-de-sac interne de la conjonctive, ni aucune tuméfaction de la région du grand angle de l'orbite ; quelquefois il existe un peu de larmolement. »

« Dans le plus grand nombre des cas, l'ostéite du grand angle de l'orbite se termine par suppuration, le pus se fraye une voie dans le sac lacrymal qui est en rapport direct avec le tissu osseux malade. A partir de ce moment, cet abcès ossifluent se comporte d'une manière variable : ou bien le pus s'écoule par la narine, alors que le canal nasal est resté perméable ; ou bien le pus s'accumule dans le sac, ne sort qu'en partie par les points lacrymaux et détermine dans la paroi antéro-externe du sac un travail d'ulcération qui permet au liquide pathologique de s'écouler directement au dehors. Dans le dernier cas, l'abcès du sac se convertit en fistule ossifluente qui passe elle-même par toutes les phases d'évolution de ces sortes de fistules, c'est-à-dire qu'elle se ferme et se rouvre alternativement, tant que la lésion osseuse n'est pas guérie. »

A l'appui de son opinion, l'auteur rapportait vingt observations de tumeurs lacrymales, dans lesquelles il put constater une lésion osseuse. On retrouvera ces faits à la fin de ce travail.

Jusqu'ici et encore aujourd'hui, les lésions osseuses, qui accompagnent le catarrhe du sac, sont considérées comme exceptionnelles et constituent pour les auteurs une complication tardive de la fistule lacrymale. Pour Mackenzie, la carie des os forme la cinquième et dernière période dans l'évolution de la dacryocystite.

Ayant eu l'occasion de voir un grand nombre de tumeurs et fistules lacrymales, tant à Lariboisière, dans le service de notre maître, M. Delens, qu'à l'Institut ophthalmique du D^r Fano, ayant entendu notre maître enseigner, depuis plusieurs années, la théorie que nous avons rapportée, nous avons

pu nous rendre compte par nous-même de l'exactitude de cette opinion et nous avons recueilli un certain nombre d'observations, absolument concluantes, dont deux proviennent du service de M. le professeur Panas et nous ont été obligeamment communiquées par son distingué Chef de Clinique, M. le Dr Rochon-Duvignaud.

Nous avons recueilli également le pus de quatre dacryocystites et nous reproduisons, plus loin, l'examen bactériologique qui en a été fait.

Voici d'abord nos observations personnelles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(PERSONNELLE)

Ostéo-périostite et abcès ossifluent du grand angle. Larmoiement, catarrhe secondaire du sac avec lésion osseuse. Guérison.

M^{me} D... âgée de 33 ans, sans profession, se présente à l'Institut ophthalmique du D^r Fano, en 1890. La malade dit qu'elle mouchoit beaucoup et respirait difficilement par le nez, depuis quelques années. Les mucosités étaient épaisses, jaunes et exhalaient une odeur fétide. Elle était sujette aux rhumes de cerveau fréquents. *Rhumatisante* depuis 4 ans, qu'elle habite un logement humide et insalubre.

Rougeole à 3 ans. Bien réglée depuis l'âge de 9 ans et régulièrement depuis. Un enfant mort de rougeole à 5 ans. Depuis, trois fausses couches de 3 mois ou 3 mois et demi. *Spécificité probable.*

Il y a 2 ans la malade s'aperçut que son œil gauche était larmoyant. Elle était obligée de s'essuyer fréquemment l'œil qui con-

tenait des larmes mélangées à du muco-pus. Souvent aussi la région du sac était légèrement gonflée et la malade appuyant sur cette région faisait sourdre une certaine quantité « de matière jaune et fétide, comme du pus. » Bientôt survint une tuméfaction prononcée du grand angle et la malade se décida à venir consulter M. le P^r agrégé Fano, en août 90. M. Fano constate un abcès ossifluent du grand angle, et pour se convaincre de la perméabilité du canal nasal, fait une injection par le point lacrymal inférieur. *L'injection passe par le nez* entraînant avec l'eau une certaine quantité de muco-pus. M. Fano pratique séance tenante l'ouverture de l'abcès et donne issue à quelques grammes de pus jaune-verdâtre. Ayant introduit par l'ouverture de l'abcès un stylet d'Anel, il constate une lésion osseuse assez diffuse occupant la *région de l'apophyse montante du maxillaire supérieure* au point de sa jonction avec l'unguis et le rebord orbitaire.

Comme *traitement* il institue des *injections par le point lacrymal inférieur* et la malade constate que son larmolement diminue progressivement. Au bout de 3 mois l'abcès était cicatrisé et le larmolement s'améliora notablement.

1^{re} récurrence. Ayant négligé de venir se faire injecter pendant un certain temps, la malade revint au mois de décembre avec un nouvel abcès du grand angle. On le lui ouvre et séance tenante on lui fait une injection de liqueur de Villate dans la fistule résultant de l'ouverture de l'abcès. Mais la fistule se cicatrise au bout de quelques jours et la malade, pour tout traitement, vient se faire injecter deux fois par semaine. Le larmolement très atténué continue cependant d'exister. Au mois de juin 1892, la malade est obligée de partir en province et revient au mois de juillet, à la consultation

particulière de M. Fano, que nous remplacions à ce moment.

Nous constatâmes une tumeur du volume d'une grosse noisette, rouge, tendue, très douloureuse au toucher, occupant toute la région du grand angle et s'étendant sur la paupière inférieure et sur la joue ; le point lacrymal inférieur était refoulé en arrière, le larmoiement est très prononcé ; la malade se plaint de souffrir beaucoup et de ne pouvoir dormir. Nous essayons inutilement une injection par le point lacrymal. Nous prescrivons alors des lavages fréquents de l'œil avec de l'eau boriquée, l'application de compresses chaudes boriquées sur la région malade.

Trois jours après, la malade revient, décidée cette fois à se faire ouvrir l'abcès. La tumeur est un peu moins douloureuse et moins tendue, mais la malade en souffre encore beaucoup et ne peut dormir la nuit. La fluctuation est très obscure, nous nous entourons de toutes les précautions antiseptiques. La place occupée par la tumeur est lavée à l'éther et à l'alcool et désinfectée par le sublimé à 1 0/00. Tous les instruments ainsi que les drains sont bouillis dans une solution phéniquée à 2 0/0. Nous ouvrons largement l'abcès et donnons issue à une dizaine de grammes de pus jaune et fétide. Lavage de l'abcès avec une solution de sublimé à 1 pour 2000. L'introduction du stylet d'Anel nous permet de constater d'une part une lésion osseuse de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et d'autre part une fistule du sac s'ouvrant dans l'abcès. Après un nouveau lavage de la cavité de l'abcès avec le sublimé, nous introduisons deux drains en caoutchouc, un dans le sac, l'autre dans la cavité donnant sur l'os malade, pour permettre l'écoulement du pus et empêcher la cicatrisation hâtive avant que l'os et le sac soient guéris. Nous appliquons par dessus un pansement hu-

mide à l'eau boriquée à 4/100. Nous ordonnons en outre à la malade de faire 3 fois par jour des injections nasales avec de l'eau boriquée chaude.

Le lendemain, la malade accuse une grande amélioration. La douleur a complètement disparu et le sommeil est revenu. La tuméfaction a diminué notablement. Les drains ont laissé écouler un liquide jaune-noirâtre assez abondant. Nous retirons les drains et, après un lavage de la cavité au sublimé, nous faisons une première injection de liqueur de Villate dans le sac et sur le point osseux malade. Le liquide refluant par le point lacrymal inférieur et pour éviter une cautérisation de la conjonctive, nous pinçons préalablement ce point avec une serre-fine de petit calibre, et l'œil est mis ainsi complètement à l'abri. La malade n'éprouve aucune douleur pendant cette petite opération, sauf avant le pincement du point lacrymal quand la liqueur de Villate a légèrement cautérisé la conjonctive. Un lavage immédiat avec de l'eau boriquée a eu vite raison de cette douleur. Introduction de 2 drains et pansement humide comme auparavant.

La malade est revue tous les jours. On lui fait quotidiennement un lavage au sublimé et une injection de liqueur de Villate. Au bout de 8 jours la tuméfaction a complètement disparu. La lésion osseuse est très circonscrite et la fistule du sac diminue de calibre. Le point lacrymal est accessible. Nous pratiquons alors tous les jours une grande injection d'eau boriquée tiède par ce point à l'aide de l'injecteur de M. Fano dont nous donnons ici le dessin et la description. A partir de ce jour, nous faisons alternativement tous les jours des injections *de liqueur de Villate et de teinture d'iode*

par l'ouverture de l'abcès. Les drains sont maintenus, mais de temps en temps on diminue leur longueur.

Après 15 jours de ce traitement, nous constatons une diminution considérable du larmolement. Les drains ne laissent écouler que quelques gouttes de pus clair dans la journée. Le stylet d'Anel nous conduit sur un point osseux malade très circonscrit du volume d'une tête d'épingle. Même traitement mais plus espacé, tous les 2 jours d'abord et deux fois par semaine ensuite. Il ne reste plus qu'un seul drain. Le pansement humide est remplacé par un pansement sec au salol.

Six semaines après l'ouverture de l'abcès, le larmolement est insignifiant. Il ne s'écoule plus rien par le drain et le stylet d'Anel ne conduit sur aucun point osseux malade. Nous retirons le drain et la cicatrisation se fait en quelques jours.

La malade vient deux fois par semaine à la Clinique, où nous lui faisons, sous la direction de notre maître, une injection par le point lacrymal inférieur. La fistule est complètement cicatrisée ; il persiste cependant, pendant un mois encore, un petit pertuis qui ne permet pas le passage d'un fin stylet d'Anel. Au bout de 20 jours, le pertuis disparaît sans laisser de traces et la malade vient se faire injecter de temps en temps.

Elle est revue le 12 novembre 1892 et le 26 mai 1893 ; il n'y a pas de larmolement. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION II

(PERSONNELLE)

Ostéo-périostite et abcès ossifluent du grand angle. Catarrhe secondaire du sac ; larmoïement. Bacilliose probable.

Berthe G.... âgée de 4 ans, est amenée, à l'hôpital Lariboisière, consultation externe dépendant du service de M. le docteur Delens, le 15 avril 1892.

La femme Godard raconte que la petite est tombée au mois de septembre 91 et s'est cogné le nez contre un meuble. Depuis elle avait l'œil constamment plein de larmes. La mère alarmée conduit son enfant à l'Hôpital des Quinze-Vingts, où on lui passe des sondes pendant 4 ou 5 mois. Sous l'influence de ce traitement les larmes, au lieu d'être aqueuses comme au commencement de sa maladie, *sont maintenant mélangées de muco-pus*. Il y a 2 ou 3 jours il est survenu une tumeur du grand angle qui fait souffrir beaucoup l'enfant, et la mère se décide à l'amener chez M. Delens, le 15 avril 92.

Antécédents personnes La petite malade est d'une constitution *faible, lymphatique*. Elle est maigre, pâle, blonde. Comme antécédents, elle accuse une rougeole à 7 mois, et tous les hivers elle est sujette à des bronchites prolongées.

L'examen donne les résultats suivants : le grand angle gauche est occupé par une tumeur de la grandeur d'une noisette, conique, rouge, tendue et douloureuse. Par la pression on fait sourdre du pus par le point lacrymal inférieur. L'œil est plein de larmes mélangées de muco-pus.

On endort l'enfant sous le chloroforme. L'incision de l'abcès donne issue à une certaine quantité de pus très concret.

L'introduction du stylet d'Anel fait constater une lésion osseuse assez étendue de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Lavage de la cavité et pansement au salol. L'enfant est revue tous les jours. On pratique le même traitement.

Le 20 avril. Le gonflement a diminué, il ne sort plus que très peu de pus par l'abcès ; le larmolement continue, mais il est atténué.

22 avril. L'abcès s'est refermé et est recouvert d'une grosse croûte. Le gonflement et la rougeur ont augmenté. On enlève les croûtes, on élargit l'ouverture et pour entretenir la fistule on y place un drain. Pansement avec une compresse trempée dans la solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$

25 avril. L'abcès s'est refermé de nouveau. Par la pression, on fait sortir par le point lacrymal inférieur une certaine quantité de pus. On place un drain pour maintenir l'ouverture et donner issue aux matières sécrétées. Lavage quotidien de la cavité au sublimé à $\frac{1}{2000}$ et pansement humide.

Quinze jours après le drain ne laisse plus rien écouler ; il est retiré. Le larmolement est très atténué ; les larmes sont claires. On fait un pansement salolé et, au bout de quelques jours, la fistule est cicatrisée ; par la pression sur le sac, on fait sourdre une gouttelette d'eau claire.

Depuis la malade a été perdue de vue.

OBSERVATION III

(PERSONNELLE)

Catarrhe secondaire du sac. Ostéo-périostite probable du grand angle.

Le nommé Eugène Gl... âgé de 30 ans, employé au Chemin de fer de l'Est, se présente en novembre 1891, à la consultation externe de l'hôpital Lariboisière, dépendant du service de M. le D^r Delens.

Le malade se présente pour la première fois à la consultation externe de Lariboisière au mois de novembre 91. Il se plaint d'un larmolement intense de l'œil droit qui le gêne considérablement depuis quelques mois déjà. Il est soigné en même temps par M. Gouguenheim, le très distingué spécialiste chef de service à Lariboisière pour *une nécrose de la cloison nasale avec bourgeons charnus en avant de la partie nécrosée*. M. Gouguenheim lui fait subir une opération.

Interrogé sur ses antécédents personnels, il accuse différents troubles qui *rendent probable* chez lui la *syphilis* ; pourtant absence de signes nets.

M. Delens diagnostique une fistule lacrymale, incise largement le point lacrymal supérieur et fait par ce point des insufflations de *poudre de salol* dans le sac. En outre, des injections par les points lacrymaux sont faites quotidiennement. Le malade suit régulièrement ce traitement, mais le larmolement persiste. Par la pression sur le sac on fait toujours sourdre un peu de pus. Il y a bien des

rémissions légères, mais l'amélioration disparaît au bout de quelques jours.

Le 12 avril 92 nous lui pratiquons, avec l'autorisation du chef de service, une première injection de nitrate d'argent par le point lacrymal inférieur. Voici comment nous procédons.

Après avoir lavé préalablement le canal et le sac par une injection d'eau boriquée faite par le point lacrymal inférieur, nous injectons par le même point une demi-seringue d'Anel d'une solution de nitrate d'argent à 1 0/0. Pour prévenir la cautérisation de la conjonctive oculaire par le nitrate d'argent refluant par le point lacrymal, nous lavons immédiatement l'œil avec de l'eau salée, contenue dans une autre seringue préparée à l'avance. L'injection n'est pas douloureuse.

23 avril. Le malade dit, qu'après l'opération, il sentit dans le canal nasal une légère cuisson de peu de durée. L'œil a jeté un peu de mucosités; pas de phénomènes inflammatoires.

25 avril. Après la dernière injection et pendant deux jours, l'œil ne pleurait presque plus et ne jetait que très peu d'humeur. Nouvelle injection de nitrate d'argent à 1 0/0.

Nous continuons ces injections pendant une quinzaine de jours encore. Grande amélioration dans l'état local. Les injections sont toujours bien supportées. Pas de phénomènes inflammatoires du côté de la conjonctive oculaire. Le larmolement est devenu insignifiant.

Le malade suit en même temps un traitement général et local pour sa lésion osseuse, sous la direction de M. Gouguenheim.

Nous quittons le service de notre maître vers la fin de mai et laissons le malade dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION IV

(PERSONNELLE).

*Catarrhe secondaire du sac, ostéo-périostite du grand angle.
Larmolement. Guérison.*

C., âgé de 37 ans, employé de commerce, se présente pour la première fois à la consultation externe de l'Institut ophthalmique le 7 juillet 92. Il se plaint d'un larmolement abondant des deux yeux. L'origine de sa maladie remonte à 1888. Le malade, qui réside habituellement en Cochinchine, s'est aperçu à cette époque que son *œil droit seul* pleurait un peu. Il n'y fit pas grande attention et vaqua à ses occupations habituelles. *Depuis quelques années déjà il était sujet à de violents rhumes de cerveau ; il mouchait fréquemment du sang et des « matières de mauvaise odeur. »* Mais en 1891 le larmolement devint tellement intense qu'il provoqua une réaction du côté des membranes de l'œil et obligea le patient à entrer à l'hôpital de Saïgon où il resta 10 jours. Le traitement consistait en compresses d'eau boriquée et en collyre au sulfate de zinc. Au bout de ce temps l'inflammation de la conjonctive oculaire guérit, mais le larmolement continua. Exaspéré par son mal il vient se faire soigner à Paris chez le D^r Labruhe qui se contenta de lui passer des sondes tous les jours. Le malade suivit ce traitement pendant 2 mois sans résultat. Pressé par ses affaires, il retourne en Cochinchine. Après 6 mois de séjour à Saïgon *son œil gauche est également pris* de larmolement. Il quitte alors ses affaires et vient

se faire soigner à Paris. Il vient à la consultation de la clinique du D^r Fano et entre à la maison de santé de l'Institut ophtalmique.

On constate chez lui à cette époque un larmolement abondant des deux yeux ; les larmes sont mélangées de muco-pus. La région du sac est légèrement tuméfiée. La pression fait également refluer du muco-pus par les points lacrymaux. On diagnostique un catarrhe du sac et on institue un traitement consistant en injections d'eau boriquée par les points lacrymaux. Les voies lacrymales sont perméables.

Au bout de 8 jours, le larmolement s'atténue, mais le malade mécontent des lents progrès que faisait son amélioration et voulant être débarrassé de suite de sa maladie, alla se faire soigner à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, dépendant du service de M. le professeur Panas. On le traita pendant 3 mois par les sondes ; on lui fit en outre l'extirpation des glandes lacrymales droite et gauche. Sous l'influence de ce traitement, le larmolement augmenta considérablement. Du pus véritable refluait par les points lacrymaux et provoquait une violente réaction du côté de la conjonctive oculaire et palpébrale : tout cela joint aux douleurs atroces que lui faisait éprouver le passage des sondes. Il était obligé, après chaque séance « de s'accroupir devant un seau, pour laisser écouler par le nez un flot de sang. » Il se décida à revenir chez le D^r Fano.

Le 4 octobre 1892, nous constatâmes une forte hyperhémie de la conjonctive avec une injection périkeratique des deux yeux. Le larmolement est abondant, les larmes sont mélangées de pus ; la région du sac est tuméfiée et saillante. Par la pression, on fait également refluer du pus par les points lacrymaux. Les points infé-

rieurs sont oblitérés ; le canal nasal est très rétréci, surtout à droite et l'injection abondante d'eau boriquée tiède ne passe pas de ce côté.

Le nez est très embarrassé ; le malade mouche des matières épaisses et très fétides. Nous instituons un traitement de la kératite par l'atropine et les lotions avec une solution de sulfate de zinc à 1/400 — Lavages fréquents à l'eau boriquée et injections quotidiennes d'eau boriquée tiède par les points lacrymaux pour amender le catarrhe aigu du sac. Nous recommandons en outre des injections d'eau boriquée tiède dans le nez, trois fois par jour et l'envoyons chez un spécialiste pour soigner sa lésion du nez.

Le D^r Castex, ancien prosecteur de la Faculté, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, auquel il s'adresse, diagnostique une *rhinite hypertrophique double* et institue un traitement en conséquence. Nous recommandons néanmoins de continuer des injections nasales d'eau boriquée et avons le plaisir de constater au bout de 8 jours une amélioration considérable. Traitement général : KI, 2 gr. par jour. Toniques. Le canal nasal droit est devenu perméable sous l'influence des injections, mais le point et le conduit lacrymal de ce côté sont oblitérés.

12 novembre. L'injection péri-kératique a disparu. Il existe encore une légère hyperémie de la conjonctive palpébrale. Le larmolement a diminué, et les larmes sont à présent tout à fait claires. Par la pression sur le sac on fait sourdre une gouttelette d'eau mélangée de très peu de filaments muqueux.

L'atropine est remplacée par un collyre au sulfate zinc à 1/200. Le même traitement est continué.

L'hyperémie de la conjonctive est guérie. Le larmolement continue mais très diminué. La pression sur le sac donne issue

à quelques gouttes d'un liquide opalescent mélangé de muco-pus. Le malade respire à présent par le nez et ne mouche plus de matières coagulées.

Nous incisons la région du sac des deux côtés et, par l'introduction d'un stylet fin d'Anel, constatons une lésion osseuse limitée de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, plus prononcée à droite qu'à gauche. Lavage de la cavité du sac au sublimé au 1/000, drain et pansement humide à l'eau boriquée.

Le lendemain, nous faisons une injection tiède d'eau boriquée par les points lacrymaux supérieurs. L'injection passe en partie par le sac et par le canal nasal entraînant quelques mucosités. Lavage du sac au sublimé et pansement humide comme précédemment.

16 novembre. Le drain est expulsé et l'ouverture du sac est complètement fermée du côté gauche. A droite il persiste encore une petite fistule. Injections par les points lacrymaux supérieurs qui passent par le nez et par le sac. Pansement sec à gauche, humide à droite.

18 novembre. 92. La fistule du sac droit est cicatrisée. Pas de larmolement dans la journée. Le matin, en se levant, le malade fait sortir une goutte de liquide clair par la pression sur le sac droit. Les canaux nasaux sont toujours perméables. A partir de ce moment, nous ne faisons que des injections d'eau boriquée tiède par les points lacrymaux supérieurs des deux côtés.

2 décembre. Depuis quelques jours le malade ne fait plus rien sortir par la pression sur le sac droit ; le larmolement a complètement disparu. Nous autorisons le malade à retourner en Cochinchine où des affaires l'appellent, en l'engageant de nous écrire immédiatement s'il survenait quelque modification dans son état local.

Jusqu'ici (juillet 1893) nous n'avons pas eu de ses nouvelles et par conséquent nous nous croyons autorisé à considérer la guérison comme définitive.

OBSERVATION V

(PERSONNELLE)

Ostéo-périostite et abcès ossifluent du grand angle. Catarrhe du Sac ; larmolement. Guérison.

La nommée M., âgée de 30 ans, couturière, se présente le 5 novembre 1892 à l'Institut ophthalmique, consultation du Docteur Fano.

La malade a des antécédents personnels très chargés. Elle a eu la rougeole et la scarlatine en bas âge. A 4 ans, une fièvre typhoïde très grave la force de garder le lit pendant plus de 4 mois. Elle a perdu son mari et ses deux enfants, morts de la tuberculose. Elle-même a maigri considérablement depuis un an, *elle tousse souvent et transpire fréquemment la nuit*. La percussion donne de la submatité aux deux sommets avec une respiration rude et de l'expiration prolongée. *Donc bacillose probable.*

Elle s'est aperçue depuis fort longtemps déjà qu'elle mouchait du mucus jaunâtre, épais, très fétide. Elle se dit également *sujette aux rhumes de cerveau fréquents.*

Depuis 4 mois, son œil gauche était constamment plein de larmes. A cette époque, elle constata une grosseur occupant le grand angle de l'œil qui ne la gênait pas beaucoup. Mais depuis quelque temps, le larmolement s'accrut et la grosseur augmenta de volume.

Elle décide alors de s'adresser à un médecin et vient à la consultation externe de la clinique du P^r agrégé Fano.

5 novembre. On constate au niveau du grand angle de l'orbite gauche une tumeur du volume d'une petite noisette, rouge, fluctuante. Par la pression on fait sourdre quelques gouttes de pus par le point lacrymal inférieur. L'œil gauche est larmoyant ; les larmes sont mélangées de muco-pus. La respiration par le nez et surtout par la narine gauche est difficile. Notre Maître diagnostique une ostéo-périostite du grand angle ayant occasionné un catarrhe du sac et le larmolement. Ouverture séance tenante de l'abcès. Il s'écoule une petite quantité de pus concret et fétide. On fait une injection par l'ouverture de l'abcès et ayant introduit un stylet fin d'Anel, on constate une lésion osseuse d'assez grande étendue, occupant la région de l'apophyse montante du maxillaire supérieur ; une injection d'eau boriquée tiède est pratiquée par le point lacrymal inférieur : le liquide passe abondamment par la fistule et un peu par le nez. Un drain est introduit dans la fistule pour empêcher la cicatrisation hâtive et permettre l'écoulement du pus. Un pansement humide est appliqué par dessus et la malade renvoyée au lendemain avec un traitement général (huile de foie de morue créosotée et toniques.)

14 novembre. La malade est injectée tous les jours ; elle prend en outre trois injections nasales par jour avec de l'eau boriquée tiède. Le larmolement a diminué ; le drain ne laisse écouler que peu de muco-pus. Nous pratiquons une première injection de liqueur de Villate dans la fistule.

15 novembre. L'injection n'a provoqué d'autre douleur que celle du reste minime, résultant du reflux des liquides par le point

lacrymal. Un lavage de l'œil à l'eau boriquée en a eu promptement raison. Seconde injection de liqueur de Villate et pincement cette fois des points lacrymaux. Pas de reflux, pas de douleur.

17 novembre. — On pratique tous les jours une injection de liqueur de Villate qui n'est plus douloureuse du tout. Avec le stylet d'Anel on ne constate plus qu'une petite portion d'os dénudé. La fistule tend à se refermer et nous nous voyons obligé d'y introduire un peu de pâte de Canquoin, pour empêcher la cicatrisation hâtive ; peu de larmolement.

20 novembre. — Etat stationnaire. Lavage dans la cavité du sac avec la solution de sublimé au 1/1000 et injection d'eau boriquée tiède pour le point lacrymal inférieur. Injection de liqueur de Villate dans la cavité du sac.

Même traitement pendant 15 jours.

Le 9 décembre, nous constatons que la fistule s'est complètement refermée. Une injection faite par le point lacrymal inférieur, passe par le nez et n'entraîne pas de mucosités ; comme traitement injection par le point lacrymal inférieur.

20 décembre. La malade s'accuse plus de larmolement. Pourtant le matin, en se levant, et le soir, elle fait sortir par la pression sur le sac une goutte de liquide clair sans trace du muco-pus. Même traitement.

8 janvier. Le larmolement a complètement disparu et la malade ne fait plus rien sortir par la pression sur le sac. La malade est considérée comme guérie.

Nous avons eu l'occasion de revoir notre ancienne malade au milieu du mois du mai. La guérison paraît se maintenir.

OBSERVATION VI

(PERSONNELLE)

Ostéo-périostite et abcès ossifluent du grand angle. Catarrhe secondaire du sac. Larmolement. Amélioration notable.

La nommée R., patronne de café, âgée de 42 ans, se présente le 19 octobre 1892, à l'Institut ophtalmique, consultation de M. le D^r Fano.

La malade vient à la consultation externe de la clinique pour une tumeur occupant la région du grand angle de l'œil droit s'accompagnant de larmolement. Elle s'est aperçue de son larmolement il y a déjà plusieurs mois, mais comme cela ne la gênait pas beaucoup, elle n'y fit guère attention, quand depuis quelques jours, lui est survenue la tumeur qui la décide à venir à la consultation. Elle est sujette depuis fort longtemps *aux rhumes de cerveau*, elle mouche difficilement un mucus épais et de mauvaise odeur. *Examen local* : La tumeur a le volume d'une grosse noisette. Elle est rouge, fluctuante et donne issue par la pression à une certaine quantité de pus s'écoulant par le point lacrymal correspondant.

L'incision de la tumeur donne issue à une assez grande quantité de pus verdâtre, très épais et fétide. On constate immédiatement avec le stylet d'Anel une lésion osseuse d'assez grande étendue occupant la région de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Une injection d'eau boricuée faite par le point lacrymal inférieur passe par la fistule et le nez. Lavage de la cavité de l'abcès, drain, et pansement humide. La malade est renvoyée au lendemain.

Traitement général : KI, 2 grammes par jour ; Toniques.

26 octobre. La malade est revue tous les jours. Elle prend trois fois par jour des injections nasales d'eau boriquée tiède. Tous les jours on lui pratique dans la cavité de l'abcès un lavage au sublimé et une injection d'eau boriquée tiède par le point lacrymal inférieur.

Le larmolement a diminué ; le drain laisse écouler très peu de mucosités. On pratique une première injection de liqueur de Villate.

4 novembre. Les injections de liqueur de Villate sont faites tous les jours. On constate avec le stylet d'Anel une diminution d'étendue de la lésion osseuse. Le larmolement a considérablement diminué. Le drain est retiré et le pansement humide est remplacé par un pansement au salol. Ce pansement est continué pendant 4 ou 5 jours. Depuis la malade a été perdue de vue.

OBSERVATION VII

(PERSONNELLE)

Catarrhe du sac. Larmolement. Ostéo-périostite probable du grand angle. Amélioration.

La nommée L..., âgée de 36 ans, marchande aux Halles, se présente le 21 octobre 1892 à la consultation de M. le Dr Fano.

Réglée à 11 ans, elle a eu 4 enfants, dont un mort de croup à 3 ans.

Fièvre typhoïde grave et prolongée à l'âge de 15 ans, ayant duré 3 mois, avec une rechute ; à 16 ans, scarlatine.

Origine infectieuse probable de l'affection actuelle.

La malade a un catarrhe du sac s'accompagnant de larmolement et datant de 9 ans. Elle a déjà suivi à plusieurs reprises un traitement par les injections à la clinique du D^r Fano, mais dès qu'elle se sentait un peu soulagée, elle disparaissait pour revenir au bout d'un temps assez prolongé. Elle ne s'était plus soignée depuis 4 ou 5 ans quand lui est survenue la tumeur pour laquelle elle vient nous consulter. Elle vient à la clinique de M. le D^r Fano le 21 octobre 92. Nous constatons à cette époque une tuméfaction du grand angle de l'orbite gauche s'étendant sur la paupière inférieure et descendant sur la joue correspondante. La tumeur est rouge, violacée, très tendue et extrêmement douloureuse. La malade pousse des cris dès qu'on la touche, même légèrement. Il y a certainement une ostéo-périostite du grand angle et du rebord orbitaire gauche.

Interrogée sur ses antécédents, elle nous dit que depuis fort longtemps elle ne respire plus par le nez. Elle mouche des mucosités épaisses et de mauvaise odeur. En outre, depuis 9 ans, il y a anosmie complète.

La malade refuse toute intervention chirurgicale. On prescrit alors des compresses d'eau boriquée sur les parties malades, renouvelées toutes les demi-heures.

La malade suit ce traitement pendant 8 jours. Au bout de ce temps la tuméfaction a disparu en grande partie et la partie malade est bien moins douloureuse. Le larmolement est toujours très accentué. Les larmes sont mélangées de muco-pus et la pression sur le sac en fait sourdre également une grande quantité.

29 octobre. Nous pratiquons une première injection d'eau boriquée

tiède par le point lacrymal inférieur gauche. L'injection est un peu douloureuse et passe abondamment par le nez.

La malade est injectée tous les jours jusqu'au 8 novembre. Depuis cette époque, les injections sont pratiquées tous les deux jours. Le larmolement a diminué, mais les larmes sont encore mélangées de quelques rares filaments de muco-pus. On fait également sourdre du muco-pus par la pression sur le sac.

La malade vient se soigner encore jusqu'au 13 novembre, époque à laquelle on constate une diminution sensible du larmolement. La pression sur le sac fait sortir un peu de muco-pus par le point lacrymal correspondant.

Depuis, la malade est perdue de vue.

OBSERVATION VIII

(PERSONNELLE)

Ostéo-périostite et catarrhe secondaire du sac. Larmolement. Ouverture du sac, injection de liqueur de Villate et de teinture d'iode. Guérison.

La malade, âgée de 54 ans, se présente à la consultation de la clinique de M. le P^r agrégé Fano, le 8 juillet 1892. Elle accuse un larmolement du côté gauche dont elle s'est aperçue il y a plus d'un an, mais qui est devenu plus abondant et très gênant ces temps derniers.

La malade est pâle, anémiée. Elle tousse fréquemment et crachote surtout le matin. Elle a considérablement maigri depuis

2 ans. Comme antécédents personnels on ne trouve qu'une scarlatine à l'âge de 6 ans.

A l'auscultation on trouve quelques craquements aux deux sommets et une respiration très prolongée. A la percussion une légère submatité plus prononcée à gauche.

Examen local : L'œil gauche est plein de larmes. La région du sac ne présente rien d'anormal. Elle n'est ni tuméfiée, ni douloureuse. En pressant sur le sac gauche, on fait sortir par le point lacrymal correspondant quelques gouttes de liquide clair mélangé de muco-pus, l'injection d'eau tiède faite par le point lacrymal inférieur gauche passe par le nez.

On diagnostique un catarrhe du sac avec lésion osseuse sous-jacente.

Traitement général : huile de foie de morue créosotée. Comme traitement local, on lui pratique des injections d'eau boriquée tiède par le point lacrymal inférieur pendant une quinzaine de jours.

Le 23 juillet, on constate une légère amélioration ; le larmoie-ment a diminué un peu, mais la pression sur le sac fait toujours sourdre un peu de muco-pus par le point lacrymal inférieur. On propose à la malade de faire l'ouverture du sac et on lui donne rendez-vous pour le lendemain.

26 juillet. Après une injection d'eau boriquée tiède par le point lacrymal inférieur qui chasse un peu de muco-pus par le nez, on pratique l'ouverture du sac gauche ; pour anesthésier la région du sac, on fait une injection d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution de Cocaïne à 20/0 : le douleur est presque nulle. Par l'introduction d'un stylet fin d'Anel, on constate facilement une lésion

osseuse circonscrite occupant la région de l'apophyse montante du maxillaire supérieur — lavage de la cavité du sac au sublimé à 1 pour 2000, drain et pansement humide à l'eau boriquée à 40/0.

27 juillet, Une injection pratiquée par le point lacrymal inférieur passe en majeure partie par le sac entraînant des mucosités. Lavage au sublimé, drain et pansement humide. Ce pansement est renouvelé tous les jours.

2 août. Nous pratiquons une première injection de liqueur de Villate dans la cavité du sac ; pour empêcher le reflux du liquide par le point lacrymal inférieur, on pince celui-ci avec une serre-fine de moyen calibre. L'injection est modérément douloureuse. Drainage et pansement humide.

3 août. La malade a ressenti des douleurs dans la région du grand angle de l'œil gauche. Le drain a laissé écouler un peu de pus jaunâtre ; la région du sac est un peu rouge et légèrement tuméfiée. Lavage à l'eau boriquée tiède et pansement humide.

5 août. La tuméfaction et la douleur ont complètement disparu. Lavage de la cavité du sac à l'eau boriquée tiède et injection dans ce sac d'un quart de seringue de Pravaz de teinture d'iode ; pansement humide et drain.

6 août. L'injection de teinture d'iode n'a provoqué aucune douleur. Nouvelle injection de teinture d'iode dans la cavité du sac.

A partir du 9 août, nous pratiquons alternativement dans le sac des injections de teinture d'iode et de liqueur de Villate qui ne provoquent plus aucune douleur.

18 août. Le larmolement est insignifiant. Il ne reste plus qu'une étroite ouverture de la cavité du sac. La lésion osseuse ne présente

plus que le volume d'une tête d'épingle. L'injection d'eau boriquée tiède faite par le point lacrymal passe presque entièrement par le nez. Pansement sec au salol.

24 août. L'incision cutanée est complètement cicatrisée. L'injection faite par le point lacrymal passe entièrement par le nez. Le larmolement est insignifiant. La pression sur le sac fait refluer quelques gouttes de liquide clair par le point lacrymal.

A partir de ce moment la malade vient se faire injecter tous les deux jours.

10 septembre. Le larmolement a complètement disparu. En pressant sur le sac on ne fait rien refluer par le point lacrymal correspondant.

La malade a gagné deux kilogrammes depuis le 8 juillet; elle a bonne mine et tousse beaucoup moins; mêmes signes à la percussion et à l'auscultation.

A partir de ce moment, la malade ne vient qu'une fois par semaine prendre une injection d'eau boriquée tiède dans les voies lacrymales.

Nous la revoyons pour la dernière fois vers la fin de novembre et constatons que la guérison se maintient.

OBSERVATION IX

(PERSONNELLE.)

*Engorgement du canal nasal. Catarrhe secondaire du sac.
Lésion osseuse. Guérison.*

La malade âgée de 39 ans, lingère, se présente à la consultation externe de l'Institut ophtalmique de M. le Professeur agrégé Fano le 21 juin 1892. Elle se plaint d'un larmolement de son œil gauche survenu depuis quelques mois.

La malade est très anémique. Elle est rhumatisante de vieille date et a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. A 7 ans une scarlatine s'accompagnant d'œdème et d'une durée de 2 mois. Sa mère est morte d'une affection chronique des poumons. Son père est bien portant. Elle tousse un peu, mais n'a pas maigri et ne présente pas de signes positifs de tuberculose. Pas de syphilis.

A l'examen on trouve la région du sac absolument normale. La pression sur le sac fait refluer par le point lacrymal inférieur correspondant un peu de muco-pus. Son œil gauche est plein de larmes.

Une injection pratiquée par le point lacrymal ne passe pas par le nez.

Traitement général : régime tonique. Comme préparation ferrugineuse on prescrit le peptonate de fer Robin.

Traitement local : Tous les jours injection d'eau boriquée tiède par le point lacrymal inférieur.

8 juillet. Le larmolement persiste mais paraît un peu diminué. La pression sur le sac fait toujours refluer du muco-pus par le point lacrymal inférieur. Une injection par le point lacrymal paraît amener une goutte de liquide dans le nez.

15 juillet. Une injection prolongée passe en partie par le nez. Le larmolement diminue ; il y a toujours un peu de muco-pus dans le sac, même traitement.

8 août. Etat stationnaire. L'injection d'eau boriquée tiède, pratiquée par le point lacrymal inférieur, passe en grande partie par le nez ; il y a des mucosités dans le sac. On pratique l'ouverture du sac et l'introduction du stylet d'Anel fait constater une portion très limitée d'os dénudé et rugueux, dans la région de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Injection de teinture d'iode dans le sac et pansement humide.

On pratique tous les jours une injection d'eau boriquée tiède par le point lacrymal inférieur et une injection de teinture d'iode dans le sac.

20 août. L'incision cutanée est complètement cicatrisée. L'injection par le point lacrymal inférieur passe entièrement par le nez ; le larmolement a considérablement diminué. La pression sur le sac fait refluer quelque gouttes opalescentes par le point lacrymal correspondant. On continue les injections par ce point.

8 octobre. Le larmolement a complètement disparu. Le sac ne contient plus de mucosités ; la pression sur le sac donne des résultats négatifs. La malade a bonne mine ; elle a engraisé. A partir de ce moment, elle est perdue de vue.

OBSERVATION X

(PERSONNELLE)

Catarrhe secondaire du sac. Kératite consécutive au passage des sondes. Ouverture du sac. Lésion osseuse. Amélioration.

La nommé O., 50 ans, ménagère, se présente, le 20 juillet 1893 à la consultation externe de l'Institut ophtalmique. Elle se plaint de larmoiement, de photophobie et de douleurs dans l'œil gauche.

La malade s'est aperçu, il y a plusieurs mois déjà, que son œil était plein de larmes. Il y a 3 semaines, le larmoiement augmenta d'intensité, devint gênant et la malade se décida à se présenter à la consultation de l'hôpital des Quinze-Vingts. Là on lui incisa les conduits lacrymaux inférieurs et on lui pratiquait la dilatation du canal nasal par les sondes. Le passage des sondes était extrêmement douloureux. La malade aurait même eu des épistaxis à la suite. Il y a 3 jours, après une séance de dilatation à la clinique des Quinze-Vingts, la malade a ressenti de violentes douleurs dans son œil gauche qui était absolument indemne avant, et, depuis, à la douleur, s'est ajoutée l'impossibilité d'ouvrir les paupières et de regarder la lumière.

La malade n'accuse pas d'antécédents héréditaires intéressants. Comme antécédents personnels, on trouve chez elle la rougeole à 3 ans, la fièvre typhoïde à 9 ans et différentes manifestations

rhumatismales. Elle est bien réglée, a un fils de 20 ans bien portant.

Elle respire par la bouche, la respiration par le nez étant très difficile. Elle n'aurait même jamais respiré par le nez et serait très sujette aux rhumes de cerveau. Elle mouche un liquide, filant, vert grisâtre et très fétide. Pas de signes de tuberculose, ni de syphilis.

A l'examen, on trouve les paupières gonflées, œdématisées, surtout l'inférieure. La malade ne peut ouvrir l'œil. Quand on écarte les paupières, on constate une injection très vive de la conjonctive palpébrale et oculaire. Il existe une intense injection périkeratique et une légère sécrétion purulente de la conjonctive. Deux ou trois vaisseaux fins dépassent le limbe de la cornée; l'œil est douloureux au toucher.

Le grand angle de l'œil gauche est légèrement tuméfié, rouge et douloureux. Par la pression sur le sac on fait sourdre une certaine quantité de liquide purulent par le point lacrymal inférieur. On fait le diagnostic de kératite vasculaire consécutive à des manœuvres par les sondes qui ont inoculé à la conjonctive les produits septiques d'un catarrhe secondaire du sac, dû lui-même à une lésion osseuse sous-jacente et l'on prescrit le traitement de la kératite. Compresses d'eau boriquée tiède, lavages fréquents avec une solution boriquée à 4 0/0, collyre à l'atropine.

Au bout de trois semaines, la kératite a disparu sans laisser d'autre trace qu'une hyperhémie très prononcée de la conjonctive palpébrale; mais le larmolement subsiste avec la même intensité et, à l'examen, on trouve toujours du pus dans le sac.

Le 8 août, le point lacrymal inférieur étant devenu parfaitement

accessible, on pratique par ce point une première injection d'eau boriquée tiède.

L'injection est modérément douloureuse, elle reflue en partie par le point lacrymal supérieur et en partie passe par le nez.

Séance tenante, on ouvre la cavité du sac et on constate une lésion assez étendue de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Lavage de la cavité du sac au sublimé à 1/3000, drain et pansement humide.

9 août. Le drain a donné passage à une certaine quantité de pus. L'injection faite par le point lacrymal inférieur passe en partie par la fistule artificielle. On pratique une première injection de liqueur de Villate dans le sac par l'ouverture cutanée. — Les injections de liqueur de Villate sont pratiquées tous les jours jusqu'au 16 août. A cette époque on constate une grande diminution de la sécrétion purulente du sac et on se contente d'une injection tous les deux jours.

27 août. La sécrétion purulente est insignifiante. La fistule tend à se rétrécir. La lésion osseuse est très circonscrite à présent. L'injection par le point lacrymal inférieur passe en grande partie par le nez. Même traitement.

12 septembre. La fistule est complètement cicatrisée, le larmolement a notablement diminué. Les conduits et voies lacrymales sont parfaitement perméables. La pression sur le sac fait refluer encore un peu de mucosités par le point lacrymal correspondant.

Lavages fréquents des paupières à l'eau boriquée et injections quodidiennes par le point lacrymal.

20 octobre. Depuis 8 jours environ, le larmolement a complète-

ment disparu. Les voies lacrymales sont perméables. Le sac ne contient plus de mucosités. Il reste une légère hyperémie de la conjonctive palpébrale pour laquelle on prescrit des lotions avec une solution de sulfate de zinc (150/0,20).

La malade vient encore pendant un certain temps se faire injecter. La guérison se maintient. La malade est perdue de vue.

OBSERVATION XI

(PERSONNELLE)

Canal nasal, consécutif à un catarrhe secondaire du sac, avec lésion osseuse sous-jacente probable. Traitement spécifique. Guérison.

La nommée P... âgée de 54 ans, cuisinière, à antécédents syphilitiques, se présente à la consultation de l'Institut Ophtalmique le 8 juillet 1892.

Elle se plaint d'un larmoiement de son œil droit qui la gêne considérablement. Le larmoiement existait depuis plus d'un an déjà, mais n'est devenu considérable que depuis 3 semaines. La malade est obligée de s'essuyer fréquemment l'œil. Par la pression elle vide son sac lacrymal plusieurs fois par jour, et il en sort un liquide purulent.

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, on ne trouve qu'une rougeole, en bas âge. Mais il y a 20 ans, elle aurait eu une éruption sur tout le corps, mal à la gorge, avec des maux de tête le soir, aurait perdu ses cheveux. Le

médecin qui la soignait à cette époque lui prescrivait des pilules et un sirop. Elle a une fille de 26 ans bien portante, une fausse couche à 6 mois vers l'époque de sa maladie.

A l'examen on trouve des déformations caractéristiques des tibias et sur la face interne de la jambe gauche une cicatrice étendue que la malade explique être le reste d'une plaie qu'elle aurait eue il y a 3 ou 4 ans. Pas de ganglions dans l'aîne ni rétro-cervicaux. Pas de manifestations de tuberculose.

A l'examen local, on ne trouve pas de tuméfaction du grand angle de l'œil ; par la pression sur la région du sac droit on fait refluer par le point lacrymal correspondant un peu de pus. L'injection, pratiquée par le point lacrymal inférieur droit, passe difficilement par le canal nasal.

Soupçonnant la syphilis, on institue un traitement spécifique (Iodure de potassium, 4 grammes par jour et une pilule de proloïdure). Comme traitement local, on se borne aux injections par le point lacrymal inférieur et aux lavages fréquents de l'œil avec une solution boriquée à 4 0/0.

21 juillet. Au bout de 12 jours de traitement, l'affection s'est sensiblement amendée. Le sac ne contient plus de pus. Par la pression sur le sac, on fait encore refluer un peu de mucosités par le point lacrymal correspondant. Le larmolement a considérablement diminué, l'injection passe plus facilement par le canal nasal.

Le traitement spécifique est encore continué pendant 8 jours. Nous voyons la malade pour la dernière fois le 30 juillet. Le sac ne contient plus de mucosités ; la malade affirme que le larmolement a complètement disparu. Le canal nasal est perméable. La malade, se considérant comme guérie, ne revient plus à la consultation.

OBSERVATION XII

(PERSONNELLE)

Catarrhe secondaire du sac. Lésion osseuse probable. Signes de tuberculose pulmonaire. — Amélioration notable.

La nommée Gill..., âgée de 36 ans, couturière, se présente le 18 juin 1892 à la consultation externe de l'Institut ophtalmique de M. le Professeur agrégé Fano. Depuis un certain temps déjà, la malade est gênée par son œil gauche qui est toujours plein de larmes. Elle est obligée de l'essuyer fréquemment.

La malade a le facies caractéristique. Elle est pâle, maigre et a de fréquentes quintes de toux. Elle a considérablement maigri depuis 2 ans. Elle transpire abondamment la nuit et a complètement perdu l'appetit. Pas d'antécédents héréditaires nets, mais son mari est mort de tuberculose il y a 5 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants.

A l'examen, on trouve des signes nets de caverne pulmonaire au sommet gauche, le sommet droit présente de la submatité, des râles sous-crépitaux humides qui sont du reste disséminés dans toute l'étendue du poumon droit.

A l'examen local, on constate une hyperémie de la conjonctive palpébrale. La pression sur la région du sac gauche fait refluer par le point lacrymal correspondant un peu de muco-pus. Le canal nasal est perméable et l'injection pratiquée par le point lacrymal inférieur passe complètement par le nez, amenant quelques mucosités.

Traitement général par l'huile de foie de morue créosotée.

Comme traitement local, tous les jours une injection par le point lacrymal inférieur et lotions sur la conjonctive avec une solution de sulfate de zinc (20 centigrammes pour 150 grammes d'eau).

12 août. La malade vient se faire injecter régulièrement tous les jours. Le larmolement a notablement diminué ; la pression sur le sac n'amène qu'un peu de liquide opalescent. L'état général paraît un peu amélioré ; la malade a meilleure mine et tousse un peu moins. Les signes d'auscultation et de percussion n'ont pas varié.

La malade est vue pour la dernière fois le 16 novembre : elle s'est enrhumée dernièrement et tousse beaucoup plus. Le larmolement est devenu insignifiant, mais le sac contient encore un peu de mucus filant.

OBSERVATION XIII

(PERSONNELLE)

Abcès ossifluent du sac larymal gauche. Examen bactériologique du contenu du sac. Intoxication chronique par le mercure. Signes de tuberculose pulmonaire.

Le nommé Jean Baptiste B., âgé de 31 ans, chapelier, se présente le 29 juin 1893 à la consultation de la clinique ophtalmique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Professeur Panas. Cet individu a toujours été d'une excellente santé, mais depuis près de 2 ans il a un peu maigri. Il tousse souvent et transpire considérablement la nuit. Il est très pâle, il crache beaucoup et a

une saveur âcre dans la bouche. A l'examen des poumons on trouve de la submatité au sommet gauche avec respiration rude et expiration prolongée des deux côtés. Son haleine est fétide, les dents, dépolies et rugueuses, sont entourées d'un liséré brun verdâtre, les gencives sont gonflées, saignantes. On constate un léger tremblement des mains. Pas de contractures, ni de paralysies. Pas de douleur à l'angle de la mâchoire.

Le grand angle de l'œil gauche est occupé par une tumeur volumineuse, rouge-foncée, manifestement fluctuante qui s'irradie sur la paupière inférieure. L'œil est le siège de douleurs sourdes, continues, à moitié clos, plein de larmes qui s'écoulent sur la joue.

Le malade explique que son œil était larmoyant depuis quelques mois déjà, mais que depuis cinq jours, époque à laquelle est apparue la tumeur, le larmolement a considérablement augmenté.

M. Rochon Duvignand, le très habile chef de clinique de la Faculté, qui a examiné le malade, porte le diagnostic de phlegmon et veut bien nous permettre de recueillir un peu de pus de la tumeur pour en faire un examen bactériologique.

Cet examen, fait par M. Mirallié, interne distingué des Hôpitaux, fournit ceci.

« Le pus est très peu riche en microbes. L'examen des lamelles ne révèle que le staphylocoque. Les cultures ne donnent aussi que ce seul microorganisme. »

OBSERVATION XIV

(PERSONNELLE)

Catarrhe secondaire du sac. Lésion osseuse constatée.

Le nommé L., âgé de 29 ans, se présente le 21 juin 1893 à la consultation de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, service de M. le Professeur Panas. Il se plaint d'un larmoiement assez intense de l'œil droit. *Le malade s'est aperçu*, depuis deux ans déjà, que son œil était plein de larmes par moments, mais depuis un mois environ le larmoiement est devenu plus intense et le gêne beaucoup.

A l'examen, M. Rochon-Duvignand trouve la conjonctive palpébrale un peu hyperémiée. Par la pression sur le sac il fait refluer un peu de mucus par le point lacrymal inférieur et diagnostique une blennorrhée chronique du sac, de peu d'intensité. Voulant se rendre compte par lui-même de l'existence d'une lésion osseuse que nous affirmions exister, mais être très limitée, vu le peu d'intensité du larmoiement et la petite quantité de mucosités contenues dans le sac, il pratique après cocaïnisation l'ouverture du sac. Nous introduisons alors un stylet dans le sac et faisons constater l'existence d'une portion osseuse appartenant à l'apophyse montante du maxillaire supérieur mise à nu, rugueuse et donnant un son mat caractéristique.

Voilà donc 14 observations personnelles, de dacryocystite consécutive à une lésion osseuse; avec les observations publiées autrefois par notre maître M. Fano, cela fait 34 observations, chiffre déjà assez respectable. L'importance de ces faits est considérable, car ils représentent de véritables documents anatomo-pathologiques, la constatation clinique d'une lésion osseuse étant aussi démonstrative que l'examen d'une pièce anatomique. L'intérêt de ces observations nous paraît être d'autant plus grand, qu'on n'a pas souvent l'occasion, comme nous l'avons déjà dit, de faire des autopsies de cas semblables.

On nous objectera, sans doute, que le nombre de nos observations est restreint, insignifiant dira-t-on peut-être, par rapport au nombre considérable de catarrhes du sac s'offrant presque chaque jour à l'observation des oculistes. On nous dira : Vous prétendez que le catarrhe du sac est toujours dû à une lésion osseuse sous-jacente, que le catarrhe est par conséquent, toujours secondaire. Comment se fait-il qu'on n'ait pas depuis longtemps et dans tous les cas constaté l'existence de la lésion osseuse primitive ? A cela nous répondrons que si l'on n'a pas trouvé la lésion, c'est parce que l'attention n'a pas été attirée sur son existence, que par conséquent on n'a pas songé à la rechercher en explorant la plaie avec un stylet, quand plaie ou fistule il y avait.

La fistule lacrymale ne présente-t-elle pas des caractères dont l'analogie est frappante avec ceux des fistules d'origine osseuse ? La fistule lacrymale, en effet, succède à l'ouverture spontanée de ce qu'on appelle l'abcès du sac ; elle a, comme chacun sait, de la tendance à se fermer et de fait, elle se ferme très rapidement, pour s'ouvrir de nouveau au bout d'un temps

plus ou moins long, et ainsi de suite pendant longtemps, ce qui en fait le principal inconvénient. N'y-t-il pas, là, une ressemblance étonnante avec les fistules osseuses, de l'ostéomyélite par exemple, qui présentent précisément le même caractère, identique, de cicatrisation et d'ulcération alternatives, subissant comme dans la tumeur lacrymale, une poussée inflammatoire prémonitoire de la fistule. D'ailleurs, la comparaison avec ce qui se passe pour la dacryoadénite aiguë, montre mieux encore l'analogie. Voici ce que dit en effet notre Maître, M. Delens :

« Dans presque tous les cas de dacryoadénite aiguë, après l'ouverture de l'abcès, le stylet, introduit par l'orifice fistuleux, a constaté une dénudation osseuse ¹. »

Et un peu plus loin, l'auteur ajoute : « Le diagnostic est donc difficile à établir entre la dacryoadénite aiguë et la périostite de la fossette lacrymale. L'intensité des phénomènes généraux dans quelques observations doit faire pencher vers l'idée d'une *affection ostéo-périostique primitive*. »

Du moment que la dacryoadénite a pu être confondue avec l'ostéo-périostite, pourquoi la même confusion n'a-t-elle pas pu exister entre la dacryocystite et l'ostéo-périostite de la gouttière lacrymale ? Pour nous, cette confusion a été faite et d'autant plus facilement que la tumeur a pu être prise pour un sac distendu, le sac lacrymal devant être primitivement aplati par la tuméfaction d'origine osseuse. A une période plus avancée de la lésion périostique, le sac a pu facilement subir l'infection, et ici on peut invoquer, pour la pénétration des microorganismes, le même mécanisme que celui décrit

¹ Traité de Chir. tome IV, p. 442.

par M. E. Reymond dans son travail sur « l'infection de la vessie à travers ses parois »¹.

Aussi proposons-nous d'appeler catarrhe secondaire du sac, ce que jusqu'à présent on a considéré et décrit comme une affection primitive du réservoir lacrymal. Les injections d'eau, par le point lacrymal inférieur, font sortir quelques mucosités, un peu de muco-pus ; mais elles passent assez souvent dans la narine correspondante parce que le canal nasal est perméable. Cela se comprend, si l'on admet la lésion osseuse primitive, car si les larmes ne peuvent s'écouler tandis que l'injection passe, cela tient à ce que le liquide poussé par la seringue a une force suffisante pour écarter les parois aplaties du sac, ce que les larmes seules ne peuvent pas faire, la force de projection n'existant pas et l'aspiration nasale, principal agent de la progression, ne pouvant s'exercer.

Nous avons vu, plus haut, que la dacryoadénite n'était assez souvent qu'une ostéo-périostite de la fossette lacrymale ; la prétendue suppuration du sac peut très bien être, aussi, une ostéo-périostite de la gouttière lacrymale, la glande orbitaire et le sac lacrymal présentent les mêmes rapports avec le périoste avoisinant et étant les deux seuls organes de l'économie à présenter ces rapports immédiats. Il est donc au moins logique d'admettre que ce qui se passe pour la glande orbitaire, se passe également pour le sac lacrymal².

¹ Ann. des mal. des Org. génito-urin. nos d'avril et mai 1893.

² Une considération anatomo-pathologique importante vient plaider en faveur de notre Thèse. Chaque fois que le stylet a révélé l'existence d'une dénudation osseuse, il y a eu par cela même (la chose est évidente) destruction du périoste. Or, cette destruction est-elle possible, si l'on suppose que le pus s'est formé à la surface de la membrane, que

Nous ne voulons pas nier (ce serait absurde) l'existence de la véritable dacryocystite primitive ; mais nous croyons qu'elle résulte surtout d'une infection produite par les manœuvres de dilatation encore si souvent pratiquées. Les sondes peuvent entraîner des staphylocoques de la conjonctive ; elles sont la cause de fausses routes, car la muqueuse, pour peu qu'elle soit enflammée, devient friable, surtout au niveau du canal nasal ; la sonde la déchire facilement et produit alors une dénudation osseuse traumatique, qui devient une porte d'entrée pour l'infection du tissu osseux. Cette infection doit être alors d'autant plus facile, que les micro-organismes transportés sont

la suppuration provient primitivement du sac lacrymal et devient secondairement suppuration de la face externe du périoste ? Certainement non ; on pouvait le croiser autrefois ; mais aujourd'hui la chose est inadmissible. Lorsque le pus s'est formé en dehors du manchon périostique, on peut trouver un os baignant dans le foyer, mais cet os n'est pas dénudé, sa surface lisse est recouverte de périoste : le stylet ne se trompe pas à cet égard. Bien au contraire, lorsque l'os se trouve dénudé, ce qu'on peut constater, sans crainte d'erreur, et le doute ne saurait exister. Déjà Roux, Marjolin, Denouvilliers avaient dit : Lorsque dans un foyer purulent on trouve un os dénudé, rugueux, on peut être certain que le point de départ de la suppuration est la couche sous-périostique, l'os lui-même !

Ce résultat d'une observation judicieuse a été confirmé depuis, et l'opinion de Gosselin touchant les suppurations de la face externe du périoste, a été complètement démontrée fausse par les recherches modernes, entre autres les beaux travaux de M. le Professeur Lannelongue sur l'ostéo-myélite.

Donc, la suppuration est due à une lésion osseuse, lorsque dans l'abcès on découvre un os dénudé.

Tel est le cas des différents malades de nos observations ; enfin croyons-nous devoir affirmer l'existence de la lésion osseuse primitive, comme cause de catarrhe du sac.

précisément ceux qui produisent le plus souvent les lésions osseuses inflammatoires, l'ostéomyélite. L'examen bactériologique de la conjonctive et des produits de sécrétion du sac montre, en effet, la présence très fréquente, pour ne pas dire constante du staphylocoque.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

Au point de vue bactériologique, en effet, l'étude du liquide contenu dans le sac est fort intéressante, car elle vient confirmer ce que nous avons dit au sujet de l'origine de l'infection.

Les examens bactériologiques ne sont pas encore bien multipliés ; néanmoins des travaux très intéressants ont été publiés ; entre autres le suivant, dont nous reproduisons les résultats d'après le procès-verbal officiel de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

« Sur un cas de tumeur lacrymale à staphylocoques. »

M. MAZET. Nous poursuivons depuis quelque temps, au Laboratoire des Cliniques, sous la direction et avec le bienveillant concours de M. Sabrazès, des recherches sur la bactériologie des tumeurs lacrymales ; j'ai l'honneur de présenter à la Société d'Anatomie un premier fait qui viendra s'ajouter à d'autres dans la suite.

Voici ce que nous avons observé : le 27 mars 1893, se présente à la Clinique du Dr Lagrange une femme portant une tumeur lacrymale depuis un mois environ. Après lavage antiseptique de la

région, M. Lagrange pratique une petite ponction par laquelle, à l'aide d'une pipette Pasteur, nous aspirons un peu de pus séro-sanguinolent, bien lié, sans grumeaux. Cette pipette, bouchée à la lampe, est apportée quelques heures après au laboratoire.

Ce pus estensemencé sur gélose et dans du bouillon de bœuf peptonisé ; ces tubes sont mis dans l'étuve à 37°. L'examen direct sur lamelles, par la méthode de Weigert et par le bleu de méthylène aqueux, a montré en très grande abondance des microcoques, disposés généralement en amas, quelquefois par deux ou par quatre et une bactérie polymorphe prenant le Gram. Sur les préparations du pus colorées par les méthodes de Gram et de Weigert, on aperçoit ces éléments qui présentent jusqu'à 50 μ de long.

Dès le lendemain, sur les stries d'ensemencements, on voit un grand nombre de colonies isolées ou cohérentes, jaune clair au centre, constituées par une masse crémeuse. Tous les tubes ont donné ces colonies en culture pure. L'examen sur lames montre des microcoques disposés en amas irréguliers et inégalement colorés par le bleu de méthylène.

Les petites colonies, en voie de développement, sont ensemencées dans du bouillon et en stries sur gélatine. Le jour suivant, la gélatine se creuse en gouttière, commence à se liquéfier et se présente sous un aspect blanchâtre, trouble au fond des tubes. Divers autres tubes, ensemencés, ont tous donné le même résultat. L'examen sur lames a toujours montré des cultures de staphylocoques. Le bacille, associé aux staphylocoques, n'a été retrouvé que dans un petit nombre de cultures et est resté indéterminé ; il paraît très mal pousser à la température du 37°.

Le 1^{er} mai, nous ensemençons de nouveau un tube de bouillon

qui, le lendemain, présentait à l'examen une culture pure de staphylocoques ; ce bouillon nous a servi à faire l'inoculation suivante :

Le 3 mai, après anesthésie d'un cobaye au bromure d'éthyle, nous injectons, à l'aide de la seringue de Debove stérilisée, deux gouttes de bouillon dans la chambre antérieure de l'œil droit de ce cobaye.

Le lendemain, on constate de l'œdème des paupières, un chémosis considérable, des phénomènes de conjonctivité purulente ; l'œil baigne dans un flot de muco-pus. De plus, la chambre antérieure est trouble, elle présente un vaste hypopyon, il existe cependant un point central qui est transparent.

Le 5 mai, on constate les mêmes phénomènes, la chambre antérieure est totalement envahie par le pus. La pression sur l'œil paraît très douloureuse.

Le 6 mai, le chémosis et l'œdème des paupières ont considérablement diminué. On voit, à la partie supérieure du limbe sclérotico-cornéen, une petite perforation par laquelle s'échappent du pus et un lambeau d'iris. Ce pus, examiné, montre une extrême abondance de staphylocoques.

Peu de travaux ont été faits sur la bactériologie des tumeurs lacrymales ; il est cependant une opinion qu'il serait dangereux de laisser s'accréditer, c'est que le pus est inoffensif pour l'œil : ainsi s'exprime Parinaud dans un article des *Annales d'Oculistique* de 1892. Cette opinion est singulièrement exagérée ; on ne voit pas, en effet, pourquoi une suppuration déterminée par des streptocoques ou des staphylocoques perdrait de sa virulence parce qu'elle s'est développée aux dépens du sac lacrymal. L'innocuité paraît s'ex-

pliquer simplement par la présence sur la conjonctive et la cornée de revêtements épithéliaux qui constituent autant d'appareils protecteurs. Les plaies accidentelles et chirurgicales créent à travers la conjonctive et la cornée une porte d'entrée à l'infection qui, dans certains cas, peut être mise sur le compte de la tumeur lacrymale.

Ces considérations tendent à démontrer, à l'encontre de ce qu'ont écrit certains ophtalmologistes, que pendant le cours d'une suppuration des voies lacrymales, il est prudent de s'abstenir d'interventions, telles que l'iridectomie et l'extraction de la cataracte. Il existe, en effet, au voisinage de l'œil, un foyer septique dont il faut se débarrasser avant toute opération, sous peine de voir survenir les plus graves complications, entre autres la panophtalmite.

M. ARNOZAN. A côté de ces recherches sur les staphylocoques, je rappelle un cas intéressant de dacryocystite tuberculeuse, consécutive à un lupus des fosses nasales et ayant déterminé par une fistule des inoculations sur la joue. J'ai fait quelques essais d'inoculation sur des cobayes, mais le résultat de ces expériences n'a pu être contrôlé.

M. FROMAGET. Les recherches bactériologiques sur le phlegmon du sac et la kératite infectieuse avec hypopyon sont déjà fort nombreuses. Les premières remontent à Widmark (1883), qui a pu isoler des streptocoques, des staphylocoques et même un bacille particulier. Il a reproduit des ulcères infectants de la cornée chez des lapins en déposant sur des cornées grattées les cultures isolées ; il a déterminé de même des phlegmons du sac. Cette question a depuis été reprise par de nombreux auteurs et en

particulier en Allemagne, où diverses communications ont été faites au Congrès d'Heidelberg de 1892. Nous pouvons enfin signaler un des derniers travaux français sur cette question, ce sont ceux de Gillet de Grandmont (*Archives d'Ophthalmologie*, 1892).

La présence de ces microbes, staphylocoques, streptocoques, bacille constitue donc un voisinage dangereux pour l'œil et l'on explique ainsi facilement les désastres qui se produisent chez les lacrymaux atteints de la moindre ulcération cornéenne. Donc, au point de vue thérapeutique, il faut toujours combattre les dacryocystites, même quand des accidents graves surviennent dans l'œil. La dacryocystite guérie, l'ulcère infectieux guérit aussi.

Enfin, il ne faudra jamais opérer, quoi qu'en dise M. Parinaud, sous peine de compromettre gravement l'avenir de l'œil, un malade atteint d'affection des voies lacrymales, surtout lorsqu'elle est suppurée.

Quant à la question de la tuberculose des voies lacrymales dont vient de parler M. Arnozan, c'est une question toute nouvelle et je dois ajouter que si ses efforts d'inoculation ont été infructueux, il en a été de même de ceux de Valude (*Archives d'Ophthalmologie*), qui n'a jamais pu déterminer la tuberculose primitive du sac lacrymal chez les cobayes ou les lapins. Il est, au contraire, assez fréquent de rencontrer des dacryocystites lupiques consécutives à du lupus des fosses nasales ¹.

M. Parinaud, dans une étude sur la conjonctivite à streptocoques pense que le point de départ doit en être placé dans les voies lacrymales.

¹ Soc. d'Anat. et physiol. de Bordeaux, séance du 8 mai 1893.

Récemment, M. le Docteur Chibret, dans une « Etude expérimentale et clinique sur la pathogénie des affections de la conjonctive, au point de vue bactériologique » établit deux propositions, entre autres, fort importantes.

1° La conjonctive est un milieu, offrant les conditions favorables au développement des micro-organismes, car il présente la chaleur, l'humidité et l'alcalinité nécessaires.

2° Le staphylocoque doré se trouve en permanence sur la conjonctive.

On comprend dès lors facilement une infection des voies lacrymales par le staphylocoque doré, infection dont l'origine conjonctivale sera presque certaine, si dans le liquide du sac on trouve ce staphylocoque, ce qui a lieu précisément dans une de nos observations.

En effet, le liquide recueilli sur le malade qui fait l'objet de notre observation personnelle n° XIII, et examiné par M. Mirailhé, interne des hôpitaux, présentait les caractères suivants :

« Le pus est très peu riche en microbes ; l'examen des lamelles ne révèle que le staphylocoque, les cultures ne donnent aussi que ce seul micro-organisme.

Le même staphylocoque se retrouve dans 3 autres cas :

A. — *Dacryocystite aiguë chez un tuberculeux héréditaire.*

« Sur les lamelles faites avec le pus, on remarque une quantité considérable de globules blancs, mais peu de micro-organismes. On n'aperçoit que de rares cocci, le plus souvent groupés par deux, ou en amas peu considérables et pour la plupart en dehors des globules du pus.

Un examen plus approfondi les fait caractériser facilement pour des staphylocoques.

La culture sur plaques permet aussi d'isoler quelques colonies de *bactérium termo*.

Il n'y a pas trace de bacilles de la tuberculose. »

B. —

« L'examen du liquide recueilli montre que celui-ci est très peu riche en micro-organismes. Les cultures sur plaques permettent d'isoler et de reconnaître quelques colonies de staphylocoques et des colonies beaucoup plus rares de streptocoques. »

Enfin voici un cas très intéressant, où l'examen bactériologique, confirmé par notre maître, M. le Docteur Netter, vient à l'appui de l'origine nasale des affections lacrymales.

C. —

L'examen direct du pus sur lamelles, permet de distinguer, au milieu des globules de pus et de cellules épithéliales parfaitement reconnaissables, des micro-organismes multiples : des amas de staphylocoques et des bâtonnets.

Par cultures sur plaques on isole ces divers organismes. Les staphylocoques sont faciles à reconnaître à leurs caractères classiques.

Les bâtonnets sont mobiles. Sur gélatine ils ne liquéfient pas, mais donnent une trainée blanchâtre, à bords frangés, en même temps que le milieu de culture prend une teinte verdâtre des plus nettes. Sur gélose la culture est muqueuse, blanchâtre, presque incolore, assez analogue à celle du bacille typhique, mais plus épaisse ; de même que la gélatine, la

gélose prend aussi une teinte verdâtre. Toutes ces cultures développent une odeur de putréfaction. Ces caractères permettent de reconnaître le bacille fluorescent non liquéfiant. Ce micro-organisme très répandu et que l'on rencontre souvent dans les fosses nasales et dans l'air, ne joue ici aucun rôle pathogène. Sa présence est cependant assez intéressante à constater.

En résumé, nous voyons que dans l'immense majorité des cas, on trouve, dans les liquides pathologiques du sac, le staphylocoque, associé à un bacille, « qui, dit M. Mazet, reste indéterminé. » Il est très probable que ce bacille n'est autre que celui trouvé dans un de nos cas, c'est-à-dire le bacille fluorescent non liquéfiant, habitant les fosses nasales chez l'homme.

Quant aux staphylocoques, ils proviennent, soit de la conjonctive sur laquelle ils résident normalement en permanence et d'où ils peuvent être transportés et produire une lésion osseuse, soit de l'os lui-même, lorsque ce dernier est atteint d'ostéomyélite primitive.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que le catarrhe du sac lacrymal est le plus souvent secondaire, consécutif à une lésion osseuse. Les faits anatomiques et bactériologiques parlent en faveur de cette opinion ; les faits cliniques la confirment en faisant constater la dénudation osseuse ; la marche et l'évolution de la tumeur et de la fistule lacrymales viennent encore appuyer l'idée d'une lésion osseuse primitive.

III

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DIVERSES

I. — STATISTIQUE

Notre statistique porte sur 1.538 cas de larmolement, observés sur un total d'environ 45.000 malades qui se sont présentés à la clinique du Docteur Fano, de 1859 à 1893. Ces chiffres ont été relevés par nous, sur les registres de l'Institut Ophtalmique, mis obligeamment à notre disposition par notre savant maître.

Sur ces 1.538 cas, nous trouvons 385 personnes du sexe masculin et 1.153 personnes du sexe féminin.

Ces chiffres frappent tout d'abord l'esprit, par la disproportion énorme qui existe entre le nombre des cas dans les deux sexes. Cela est aussi vrai pour les maladies en général où la proportion d'un tiers ou plus exactement de 33/100 par rapport aux femmes, se maintient ou à peu près que pour le total général. Nous nous croyons donc autorisés à tirer de ces chiffres cette première conclusion; que les femmes sont plus prédisposées aux maladies des voies et de l'appareil lacrymal que les hommes. Cela tient-il à une prédisposition organique, à la structure anatomique ou au genre de vie? Autant de questions sur lesquelles nous ne pouvons nous prononcer. Toujours est-il que les professions sédentaires et pénibles en fournissent le plus grand contingent en général et dans le cadre des professions sédentaires nous avons fait entrer les professions n'exigeant pas de grands efforts musculaires, et maintenant la personne dans la position assise, comme celles de caissière, couturière, modiste, lingère, et en général toutes celles qui comportent un travail d'aiguille.

Dans le cadre des professions pénibles, nous avons fait entrer toutes celles qui comportent un effort musculaire prolongé et soutenu, comme celles d'ouvriers d'usine, d'hommes de peine, de femmes de ménage, bonnes, cuisinières, etc. Sous la rubrique, « autres » nous comprenons des gens sans profession : femmes dans leur ménage, rentiers, adolescents et enfants.

Il nous paraît intéressant de signaler que, parmi les professions, chez les hommes, qui exposent le plus aux maladies des voies lacrymales, celles d'ouvriers de chemin de fer, tels que : chauffeurs, mécaniciens, etc. occupent une place assez large. Nous trouvons un total de 48 cas qui constituent une proportion de 12 0/0 et se répartissent ainsi : *rétrécissement et oblitération du canal nasal*, 24 cas sur un nombre de 148, soit 16 0/0, *catarrhe du sac* 16 cas sur 108, soit 15 0/0 ; *abcès du sac* 8 cas sur 48, soit 17 0/0.

Nous avons trouvé également 2 cas de catarrhe du sac chez les *ouvriers en allumettes chimiques*, dont un présentait de la nécrose phosphorée du maxillaire inférieur ; 3 cas de dacryocystite chez les *ouvriers maniant le plomb* et présentant des phénomènes *d'intoxication sanurtine*, et 2 cas de catarrhe de sac chez des individus présentant des symptômes d'*hydrargyrisme*.

Nous avons également noté cinq cas d'*abcès du sac* chez des enfants en très bas âge dont un de 19 jours, deux de 6 semaines et deux de 2 mois ; un cas de *dacryocystite* chez un enfant de 21 jours, deux cas de *fistule du sac* chez des enfants de 6 semaines et de 2 mois et un cas de *catarrhe du sac* chez un enfant de 3 mois.

Voici le tableau général de nos 1538 cas, répartis d'après les chiffres respectifs d'hommes et de femmes et d'après le nombre de cas pour chaque cause de larmoiement :

TABLEAU GÉNÉRAL

Maladie	Hommes	Femmes	Nombre total des cas
Hypertrophie de la glande lacrymale	4	3	7
Hypérémie de la conjonctive	13	21	34
Origine nerveuse	1	8	9
Spasme des points lacry- maux.	0	3	3
Hémiplégie faciale . . .	4	1	5
Paralysie de l'orbiculaire .	1	2	3
Léger ectropion de la pau- pière inférieure.	4	2	6
» entropion »	1	0	1
Cancroïde du Grand-angle.	0	2	2
Oblitération et rétrécisse- ment du canal nasal . .	148	513	661
Tumeur lacrymale	4	32	36
Abcès du sac lacrymal . .	48	127	175
Fistule du sac lacrymal .	33	89	122
Catarrhe du sac lacrymal.	108	304	412
Dacryocystite	16	46	62
Nombre total.	383	1153	1538

Voici maintenant quelques tableaux dans lesquels les cas sont classés d'après les causes du larmoiement :

A. — LARMOIEMENT POUR CAUSES DIVERSES

	Age					Côté malade			Profession				Cause de la maladie									
	de 0 à 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	de 25 à 60 ans	Au-dessus de 60 ans	Droit	Gauche	Bilatéral	Sédentaire	Pénible	Libérale	Sans profession	Hypertrophie de la glande lacrymale	Hypérémie de la conjonctive	Origine nerveuse	Spasme des points lacrymaux	Hémiplégie faciale	Paralysie de l'orbiculaire	Léger ectropion de la paup. inférieure	Léger entropion de la paup. inférieure	Cancroïde du grand angle de l'œil	Total
Hommes . .	1	2	9	8	8	2	8	5	5	6	5	6	4	43	1	0	4	1	4	1	0	28
Femmes . .	0	3	3	29	7	6	19	8	13	9	4	10	3	21	8	3	1	2	2	0	2	42
Total général .	1	5	12	37	15	8	27	13	18	15	9	16	7	64	9	3	5	3	6	1	2	70

B. — OBLITERATION ET RETRECISSEMENT DU CANAL NASAL.

Hommes . .	Age				Côté malade			Profession			Complications			Lésion osseuse						
	de 0 à 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	de 25 à 60 ans	Droit	Gauche	Bilatéral	Sédentaire	Pénible	Libérale	Autres	Hypérémie	Conjonctive	Kératite	Parulence	Recherchée : constatée	Recherchée : non constatée	Non recherchée : Probable	Non recherchée : Douteuse	
	2	12	6	108	20	47	42	7	39	75	17	9	66	5	4	0	42	1	143	2
	2	12	6	108	20	47	42	7	39	75	17	9	66	5	4	0	42	1	143	2
	2	12	6	108	20	47	42	7	39	75	17	9	66	5	4	0	42	1	143	2
Femmes . .	0	41	50	122	30	46	43	23	169	185	12	111	179	41	8	5	28	3	131	0
Total général .	2	23	56	330	50	63	55	30	208	260	29	120	245	46	12	5	40	4	274	2
Total des cas																				

C. — TUMEUR LACRYMALE

	Age					Côté malade			Profession			Complications				Lésion osseuse				Total des cas		
	de 0 à 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	de 25 à 60 ans	Au-dessus de 60 ans	Droit	Gauche	Bilatéral	Sédentaire	Pénible	Libérale	Autres	Hypérémie	Conjonctivite	Kératite	Purulences	Rétrécissement du canal nasal	Recherchée constatée	Recherchée non constatée		Non recherchée probable	Non recherchée douteuse
Hommes. . .	0	0		3	0	0	2	0	1	2	0	0	2	1	0	0	0	3	0	1	0	4
Femmes. . .	0	2	4	24	2	6	9	0	11	12	3	4	9	7	3	0	4	19	0	11	2	32
Total général .	0	2	5	27	2	6	11	0	12	4	3	4	11	6	3	0	4	22	0	12	2	36

	Age					Côté malade			Profession			Complications			Lésion osseuse																									
Hommes.	6	6	7	24	6	3	10	3	9	21	3	0	13	5	6	8	36	1	10	0	48																			
Femmes.	10	13	12	82	10	12	12	5	37	32	3	31	34	7	13	19	98	0	26	0	127																			
Total général .	16	19	19	106	15	15	22	8	46	53	6	31	47	12	19	27	134	1	37	0	175																			
	de 0 à 5 ans					de 5 à 15 ans					de 15 à 25 ans					de 25 à 60 ans					Au-dessus de 60 ans																			
	Droit					Gauche					Bilatéral					Sédentaire					Pénible					Libérale					Autres									
	Hypérémie					Conjonctivite					Kératite					Purulence					Recherchée constatée					Recherchée non constatée					Non recherchée probable					Non recherchée douteuse				
	Total des cas																																							

	Age					Côté malade			Profession			Complications			Lésion osseuse						
	de 0 à 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	de 25 à 60 ans	Au-dessus de 60 ans	Droit	Gauche	Bilatéral	Sédentaire	Pénible	Libérale	Autres	Hypérémie	Conjonctivite	Kératite	Purulence	Recherchée constatée	Recherchée non constatée	Non recherchée probable	Non recherchée douteuse	Total des cas
Hommes.	6	6	7	24	6	3	10	3	9	21	3	0	13	5	6	8	36	1	10	0	48
Femmes.	10	13	12	82	10	12	12	5	37	32	3	31	34	7	43	19	98	0	26	0	127
Total général.	16	19	19	106	15	15	22	8	46	53	6	31	47	12	19	27	134	1	37	0	175

E. — FISTULE DU SAC LACRYMAL

	Age					Côté malade		Profession			Complications			Lésion osseuse							
	de 0 à 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	de 25 à 60 ans	Au-dessus de 60 ans	Droit	Gauche	Bi latérale	Sédentaire	Pénible	Libérale	Autres	Hypérémie	Conjonctivite	Kératite	Purulence	Recherchée : Constatée	Recherchée : Non constatée	Non recherchée : Probable	Non recherchée : Douteuse	
Hommes .	7	2	4	19	1	2	8	1	3	17	3	1	7	6	2	4	33	0	0	0	33
Femmes. .	5	9	9	62	4	19	22	5	21	33	4	13	20	8	11	9	84	0	5	0	89
Total général .	12	11	13	81	5	21	30	6	24	50	7	14	27	14	13	13	117	0	5	0	122

Total des cas

F. — CATARRHE DU SAC LACRYMAL

	Age					Côté malade				Profession				Complications				Lésion osseuse				
	de 0 à 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	de 25 à 60 ans	Au-dessus de 60 ans	Droit	Gauche	Bilatéral	Sédentaire	Pénible	Libérale	Autres	Hypérémie	Conjonctivite	Kératite	Purulence	Rétrécissement du canal nasal	Recherchée : constatée	Recherchée : Non constatée	Non recherché : Probable	Non recherché : Douteuse	
Hommes . .	6	42	45	67	8	17	22	7	21	53	10	4	23	11	2	6	14	46	2	56	4	108
Femmes . .	7	46	48	241	22	50	72	30	107	87	10	73	64	49	16	29	33	152	7	140	3	304
Total général .	13	28	33	308	30	67	99	37	128	142	20	77	86	30	18	35	49	198	9	196	9	412

G. — DACRYOCYSTITE

	Age					Côté malade			Profession				Complications				Lésion osseuse				Total des cas	
	de 0 à 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	de 25 à 60 ans	Au-dessus de 60 ans	Droit	Gauche	Bilatéral	Sédentaire	Pénible	Libérale	Autres	Hypérémie	Conjonctivite	Kératite	Purulence	Retrécissement du canal nasal	Recherchée : constatée	Recherchée : Non constatée	Non recherchée : Probable		Non recherchée : Douteuse
Hommes. . .	3	1	3	7	2	2	1	2	3	7	3	0	3	3	3	4	1	7	1	8	0	16
Femmes. . .	4	1	7	31	3	7	6	0	21	2	2	4	11	4	2	7	6	18	1	27	0	46
Total général .	7	2	10	38	5	9	7	2	24	9	5	4	14	7	5	11	7	25	2	35	0	62

Un premier fait général se dégage de l'examen de ces tableaux.

L'âge qui fournit le plus grand contingent de malades est sans contestation possible l'âge adulte, compris entre 25 et 60 ans. Au-dessous de 25 ans, les maladies des voies lacrymales sont rares ; plus rares encore au-dessus de 60 ans. Toutefois la vieillesse, comme l'enfance semblent offrir des dispositions particulières pour certaines maladies.

Sur 1538 cas, 1127, soit 73, 27 0/0 se rapportent à des individus âgés de 25 à 60 ans ;

— 289, soit 18, 79 0/0 — de 0 à 25 ans.

— 122 seulement, soit 8 0/0 — de plus de 60 ans.

C'est-à-dire que les maladies des voies lacrymales sont 4 fois plus fréquentes après 25 ans qu'avant et 9 fois plus fréquentes de 25 à 60, qu'après cet âge.

L'affection était unilatérale dans 440 cas, bilatérale dans 96 seulement.

Le côté droit est moins exposé, disent certains auteurs, que le côté gauche ; cela ressort également de notre statistique, car en comparant les tableaux on arrive aux résultats suivants : sur 536 cas où le côté malade a été noté, on trouve que le côté droit a été pris 189 fois, et le côté gauche 251 fois, soit 35 0/0 pour le côté droit et 47 0/0 pour le gauche.

Au point de vue des professions qui prédisposent aux maladies des voies lacrymales, les tableaux montrent que l'avantage est du côté des professions sédentaires ou pénibles ; ces derniers représentent environ 75 0/0, tandis que les professions libérales et autres n'entrent dans le nombre que pour 25 0/0.

Les maladies les plus fréquentes sont, d'une manière générale, dans l'ordre décroissant.

Les rétrécissements et oblitérations du canal nasal, 661 cas, soit 43 0/0.

Le catarrhe du sac lacrymal, 412 cas, soit 26,8 0/0.

Les abcès du sac lacrymal, 175 cas, soit 11,4 0/0.

Les fistules du sac lacrymal, 122 cas, soit 8 0/0.

Les trois dernières maladies, secondaires à une lésion osseuse presque constante, représentent donc plus de 46 0/0 du nombre total des cas.

Certaines maladies sont plus fréquentes dans le jeune âge, au-dessous de 5 ans ; telles sont :

Les abcès du sac, 16 cas au-dessous de 5 ans, contre 15 cas au-dessus de 60.

Les fistules lacrymales, 12 cas au-dessous de 5 ans, contre 5 cas seulement au-dessus de 60.

La dacryocystite, 7 cas au-dessous de 5 ans, contre 5 cas au-dessus de 60 ans.

Les catarrhes du sac, plus fréquents de 6 à 15 ans, (41 cas) qu'au dessus de 60 (30 cas).

D'autres maladies sont plus fréquentes au-dessus de 60 ans, que dans l'enfance. Ce sont :

Les oblitérations et rétrécissements du canal nasal, 25 cas au-dessous de 15 ans, 50 cas, c'est-à-dire le double, au-dessus de 60 ans.

Les causes diverses, c'est-à-dire, les causes musculaires (paralysie, spasme) l'ectropion ou l'entropion, les épithéliomes, etc. : contre 6 cas de 0 à 15 ans, nous trouvons 15 cas au-dessus de 60 ans. Et la chose est très compréhensible.

Si maintenant nous cherchons à établir la fréquence de cer-

taines maladies ou complications, nous arrivons aux résultats suivants :

L'hypertrophie de la glande lacrymale n'a été constatée que 7 fois seulement. Elle n'est donc pas la cause habituelle du larmolement, par conséquent l'extirpation de la glande ne peut constituer qu'un moyen palliatif, d'ailleurs assez souvent inefficace, comme le montrent des observations que nous avons empruntées à la remarquable thèse de M. le Dr Terson.

L'hyperhémie de la conjonctive a été notée 34 fois ; ces cas correspondent à ce que nous avons appelé le larmolement par excès de sécrétion conjonctivale. *Cette hyperhémie a été constatée comme complication 430 fois.*

La conjunctivite a été notée 117 fois, la kératite 70 fois, la présence du pus 91 fois. C'est-à-dire qu'il *existait une infection manifeste* dans 278 cas et peut-être même dans 708, si l'on considère l'hyperhémie de la conjonctive comme d'origine infectieuse. Il résulte de ces chiffres que, *dans presque la moitié des cas*, exactement 47,54 0/0, *les maladies avaient une origine infectieuse*, ce que nous avons annoncé en étudiant les causes du larmolement pathologique.

La lésion osseuse a été recherchée dans 552 cas, sur 1468. Elle *a été constatée*, 536 fois sur 552 et non trouvée 16 fois seulement. Cette constatation est très importante et nous devons nous arrêter un instant sur ce point.

Ainsi, sur 1538 cas de larmolement, 1468 n'étaient pas d'origine purement mécanique et sur ces 1468 cas, 536, soit 36,5 0/0 présentèrent une lésion osseuse. La proportion est considérable, étant donné le silence général des auteurs sur cette pathogénie des affections lacrymales. Si nous ajoutons

nos observations personnelles, au nombre de 12, dans laquelle la lésion de l'os a été nettement vérifiée, nous arrivons à une proportion de 37,3 0/0. De ces chiffres, il résulte non seulement que la lésion osseuse existe, mais qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire. Voici les maladies dans lesquelles elle a été le plus souvent constatée.

En première ligne vient la fistule lacrymale : sur 122 cas, l'os était malade 117 fois, soit l'énorme proportion de 96 0/0.

Puis viennent les abcès du sac, 134 fois sur 175, soit 76,6 0/0 ; le catarrhe du sac, 198 fois sur 412, soit 48 0/0 ; la dacryocystite, 25 fois sur 62, soit 40,3 0/0 et enfin en dernière ligne et bien loin, les oblitérations et rétrécissements du canal nasal, qui ne s'accompagnaient de lésion osseuse constatée que 40 fois sur 661 cas, soit 6 0/0.

II. — OBSERVATIONS DIVERSES

Nous donnons d'abord les observations rapportées par M. Fano, dans son mémoire de 1878, dont nous avons parlé précédemment. Elles sont au nombre de vingt.

OBSERVATION I

Larmolement d droite depuis sept ans. Absès ossifluent du grand angle de l'orbite. Injections iodées ; iodure de potassium à l'intérieur. Guérison.

La dame Quiz..., âgée de 23 ans, sans profession, bien constituée, a été atteinte de la variole en 1870. Elle pleure de l'œil droit depuis l'année suivante et à partir du mois de mai 1877, il s'écoule des mucosités par le grand angle de cet œil.

Le 14 novembre 1877, jour où elle me consulte pour la première fois, il existe, au niveau du grand angle de l'orbite droit ; une tumeur du volume d'une petite amande de noisette, molle, fluctuante. La peau qui la recouvre est rouge. Je pratique une large incision de la tumeur : il en sort du pus phlegmoneux. Avec un stylet de trousse, je constate une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur ; à partir de ce moment, je pratique tous les jours, une injection de teinture d'iode dans la fistule qui succède à l'ouverture du sac. Dès le 24, le canal nasal est perméable aux in-

jections d'eau faites par le point lacrymal. Je prescris un gramme d'iodure de potassium à prendre tous les soirs.

Le 28, la plaie du grand angle de l'orbite est cicatrisée ; le canal nasal reste perméable. Vers la fin de décembre il se développe une conjonctivite catarrhale à droite ; le sac lacrymal renferme quelques mucosités. Quelques jours après le début de l'affection catarrhale de la conjonctive, que l'on combat par un collyre au nitrate d'argent, il se produit un abcès d'ostéo-périostite subaiguë du grand angle de l'orbite droit ; tuméfaction légère de la région avec rougeur de la peau ; issue de mucosités par le point lacrymal inférieur, lorsqu'on exerce une compression avec le doigt sur la région du grand angle. Je prescris l'application de cataplasmes émollients sur cette région.

Le 31 décembre, la fistule du grand angle s'est rouverte. Avec un stylet, je constate une dénudation osseuse. On reprend les injections de teinture d'iode dans la plaie.

Au bout de quinze jours la fistule est cicatrisée ; le canal nasal est toujours perméable.

Vers le milieu de mars, il n'existe pas la moindre mucosité dans le sac.

OBSERVATION II

Larmoiement de l'œil gauche depuis neuf mois. Tuméfaction légère du grand angle de l'orbite. Mucosités dans le sac. Dénudation de l'apophyse montante du maxillaire.

Lucie L..., âgée de cinq ans, est conduite à ma clinique le 15 novembre 1877. Les parents nous disent que l'enfant pleure de l'œil

gauche depuis neuf mois, qu'il n'a jamais eu de grosseur au grand angle de l'œil de ce côté.

Je constate l'existence d'une légère tuméfaction du grand angle de l'orbite gauche. Si on exerce, avec la pulpe de l'index, une pression sur la région, on ne fait refluer que quelques rares mucosités par les points lacrymaux. Si on fait une injection d'eau par le point lacrymal inférieur, il ne s'échappe pas une goutte de liquide par la narine correspondante. Une incision est pratiquée sur la région du grand angle de l'orbite. En introduisant un stylet de trousse par la plaie, on constate une dénudation d'une portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Les jours suivants on pratique des injections iodées par la plaie du grand angle, et des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur. A partir du 23, on donne une potion à l'iodure de potassium. La veille une injection d'eau pure pratiquée par le point lacrymal inférieur, a passé par la narine.

A partir du 6 décembre, l'enfant cesse de venir à ma clinique.

OBSERVATION III

Larmoiement de l'œil droit depuis sept mois. Absence de grosseur au grand angle de l'orbite. Mucosités dans le sac. Dénudation de l'apophyse montante du maxillaire.

La demoiselle D..., âgée de 35 ans, blanchisseuse, pleure de l'œil droit depuis le mois d'avril 1877. A partir du mois de septembre suivant, il s'échappe des mucosités par les points lacrymaux. Jamais il n'y a eu de grosseur au grand angle de l'orbite.

Le 20 novembre 1877, je pratique une injection d'eau pure, par le point lacrymal inférieur pour distendre le sac ; le liquide ne passe pas par la narine. J'incise la région du grand angle en traversant la paroi antéro-externe du sac. Avec un stylet de trousse je constate une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire inférieur.

Les jours suivants de la teinture d'iode est injectée par la plaie du grand angle. La patiente prend un gramme d'iodure de potassium par jour.

Le 4 janvier 1878, le sac ne renferme que quelques mucosités insignifiantes. La plaie du grand angle est complètement cicatrisée. De l'eau injectée par le point lacrymal inférieur passe, en petite quantité, par la narine.

Le 9, le sac renferme une petite quantité de liquide de consistance gommeuse. A partir de ce jour, la malade cesse de venir à ma clinique.

OBSERVATION IV

Larmoiement de l'œil gauche depuis quatre mois. Mucosités abondantes du sac. Tumeur formée par la distension du sac. Dénudation de l'apophyse montante du maxillaire.

La dame D..., âgée de 52 ans, femme de ménage, se présente à ma clinique le 7 novembre 1877. Elle raconte qu'elle pleure de l'œil gauche depuis plusieurs mois. Le matin au réveil, il existe des mucosités derrière les paupières.

Je constate, au niveau du grand angle de l'orbite gauche, l'exis-

tence d'une tumeur du volume d'une très grosse tête d'épingle, molle, rénitente, sans changement de couleur de la peau qui la recouvre. Une injection d'eau pure pratiquée par le point lacrymal, distend la tumeur et fait refluer des mucosités abondantes par l'autre point lacrymal sans qu'une goutte de liquide passe par la narine.

Une incision est pratiquée sur la région du grand angle de l'orbite en traversant la tumeur. Avec un stylet introduit par la plaie on constate que l'apophyse montante du maxillaire supérieur est dénudée dans une étendue d'au moins deux centimètres.

Pendant tout le reste du mois de novembre, je pratique tous les deux jours des injections de teinture d'iode dans la plaie. Lorsque celle-ci se rétrécit trop, je l'agrandis en interposant aux lèvres un petit fragment de pâte de Canquoin.

A partir du 8 décembre, je prescris une potion à l'iodure de potassium.

Le 17, les mucosités du sac ont notablement diminué; les injections d'eau poussées par le point lacrymal inférieur, ne passent pas par la narine.

Le 7 janvier 1878, le sac ne renferme que quelques mucosités insignifiantes. Le canal nasal reste imperméable aux injections d'eau pratiquées par le point lacrymal.

Le 2 avril, quelques mucosités dans le sac. Le canal nasal a repris en partie sa perméabilité.

OBSERVATION V

*Larmoiement de l'œil droit depuis cinq ans. Muco-pus dans le sac.
Dénudation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.*

La dame R... âgée de 35 ans, relieuse, se présente à ma clinique le 15 novembre 1877. Elle raconte qu'elle pleure de l'œil droit depuis cinq ans, lorsqu'elle va au grand air. Ce n'est que depuis six mois qu'elle a du larmoiement en travaillant. Il n'y a que quatre mois que le sac fournit une sécrétion muqueuse et depuis cette époque on lui fait de simples injections aqueuses par le point lacrymal inférieur. Il ne s'est jamais produit une grosseur, au niveau du grand angle de l'orbite.

Je constate que l'œil droit pleure par intervalles ; qu'une injection d'eau poussée par le point lacrymal inférieur fait refluer du muco-pus et que le canal nasal est imperméable à l'eau. Du côté gauche, au contraire, le canal nasal conduit dans la narine l'eau que l'on injecte par les points lacrymaux correspondants.

Je pratique une incision de la région du grand angle droit ; en introduisant un stylet par cette ouverture, je reconnais une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Les jours suivants on fait des injections de teinture d'iode par l'ouverture du grand angle et, à partir du 22 novembre, on administre à l'intérieur l'iodure de potassium à la dose de un gramme par jour.

Le 27, le canal nasal est devenu largement perméable pour les in-

jections d'eau pratiquées par le point lacrymal inférieur. On continue le même traitement.

Le 17 décembre, il n'y a plus de mucosités dans le sac ; le canal nasal reste perméable.

Le 14 janvier 1878, la guérison persiste.

OBSERVATION VI

Larmolement depuis quinze mois. Absès phlegmoneux du grand angle.

Dénudation de l'apophyse montante du maxillaire. Injection de teinture d'iode. Guérison.

M^{me} P..., âgée de 49 ans, d'une forte constitution, domestique, pleure de l'œil gauche depuis quinze mois. Un oculiste lui a passé, dans le canal nasal, par le point lacrymal inférieur largement débridé, des sondes en argent. La patiente a dû renoncer à ce traitement à cause des douleurs vives provoquées par l'introduction des sondes. Alors elle est venue me consulter, et sous l'influence de simples injections d'eau pure pratiquées par le point lacrymal inférieur, le larmolement a cessé pour ne plus reparaitre depuis six mois.

Le 17 août 1877, sans cause appréciable, la malade sent des picotements au niveau du grand angle de l'œil gauche. Le lendemain je constate une légère tuméfaction de la région. Une injection d'eau pure, poussée par le point lacrymal inférieur, ne passe pas par la narine. Cataplasmes émollients sur la région.

Le 20, il existe, au grand angle de l'œil, une tumeur présentant

tous les caractères d'un abcès. Une incision pratiquée sur cette tumeur laisse écouler du pus phlegmoneux. L'introduction d'un stylet dans le fond de la plaie fait constater une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire, dans une étendue d'au moins deux centimètres en hauteur. Pansement simple.

Le 21, le gonflement a presque disparu. On pratique dans la plaie des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur pour laver le sac.

Le 17 septembre, la plaie du grand angle est presque complètement cicatrisée ; il existe à peine quelques mucosités dans la narine. J'ai revu plusieurs fois depuis la dame P... dont la guérison est restée confirmée.

OBSERVATION VII

Larmoiement depuis deux ans, ostéo-périostite suppurée avec hyperostose de la région du grand angle de l'orbite.

La dame D... âgée de 32 ans, ménagère, est d'une bonne santé habituelle. Elle n'a jamais eu d'abcès sur aucun point du corps et ne porte pas de traces d'adénite suppurée du cou. Elle raconte que depuis deux ans elle pleure de l'œil droit. Au commencement du mois de juillet 1877, la région du grand angle de l'œil a rougi et s'est gonflée.

Le 14 septembre 1877, je constate qu'il existe au niveau du grand angle de l'orbite droit, une tuméfaction diffuse avec rougeur de la peau. Cette tuméfaction est causée surtout par une saillie anormale de la portion osseuse sous-jacente. La pression sur la région

affectée fait refluer par les points lacrymaux un liquide trouble mélangé de mucosités. De l'eau pure injectée par le point lacrymal inférieur, sort par un pertuis qui occupe le grand angle, mélangé de pus mal lié. Un stylet d'Anel, introduit par ce pertuis, arrive sur une petite portion dénudée de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Je pratique une large incision sur la partie tuméfiée du grand angle de l'orbite, ce qui permet de s'assurer de nouveau qu'il existe une dénudation osseuse.

Cette malade ne consentit pas à suivre un traitement à Paris, désireuse qu'elle était de retourner dans son pays.

OBSERVATION VIII

Larmotement à gauche depuis un an. Tumeur du grand angle. Nécrose de l'apophyse montante du maxillaire. Rugination de la portion osseuse altérée. Fistules ossifluentes.

La demoiselle B..., âgée de 7 ans, d'un tempérament lymphatique, est conduite à ma clinique le 17 juillet 1877. Elle n'a jamais eu de gourmes ni de maladie antérieure, elle ne porte pas au cou de cicatrices d'adénites suppurées. Il existe seulement dans les régions sous-maxillaires un engorgement ganglionnaire d'un petit volume. Elle pleure de l'œil gauche depuis un ans. Il y a trois mois qu'il s'est formé une tumeur au niveau du grand angle de l'orbite du même côté. Si on exerce une pression avec le doigt sur cette tumeur, le liquide muco-purulent contenu dans le sac s'écoule

par la narine. Une injection d'eau pratiquée par le point lacrymal inférieur passe par la fosse nasale correspondante.

J'incise largement la tumeur, c'est-à-dire le sac lacrymal, il s'écoule un liquide muco-purulent. Avec un stylet je constate une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur dans une étendue en hauteur de deux centimètres au moins. Cette dénudation s'étend depuis un peu au-dessous de la tête du sourcil, jusque sur le rebord inférieur de l'orbite. Avec une petite rugine, je gratte fortement toute la portion osseuse dénudée. Je prescris une potion à l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour.

Le lendemain, il existe un peu de gonflement de la paupière ; puis les jours suivants de l'œdème qui disparaît complètement au bout du premier septenaire.

A partir du 24, la suppuration fournie par la plaie du grand angle diminue ; alors je commence à pratiquer tous les jours dans cette plaie des injections de teinture d'iode.

Le 10 août, la plaie du grand angle est réduite à une petite ouverture fournissant une minime quantité de pus. Les injections iodées sont continuées tous les trois jours en même temps qu'on lave le sac à grande eau par des injections que l'on pratique par le point lacrymal.

Le 10 octobre, près de trois mois après le début du traitement, il reste toujours, au grand angle de l'orbite gauche, une fistule ayant la forme d'une ulcération allongée, la suppuration est insignifiante ; on constate avec un stylet d'Anel, une dénudation osseuse. Le canal nasal laisse passer les injections d'eau pratiquées par le point lacrymal inférieur. Depuis quelques jours l'œil droit pleure et

depuis 36 heures il s'est produit une tuméfaction au niveau du grand angle de l'orbite de ce côté. La pression avec le doigt sur la région est très douloureuse et donne une sensation de rénitence. Une incision pratiquée sur la région du grand angle fait sortir du pus phlegmoneux ; avec un stylet, on constate une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire sur une étendue d'au moins trois centimètres.

Les jours suivants, persistance de la fistule au niveau du grand angle de l'orbite des deux côtés. On pratique des injections de teinture d'iode dans le trajet fistuleux et on continue l'administration de l'iodure de potassium.

Le 20 décembre la fistule est cicatrisée à gauche ; elle persiste à droite, le canal nasal est perméable des deux côtés.

Le 4 janvier 1878, la fistule du côté gauche s'est ouverte, et on constate avec le stylet une dénudation osseuse. La fistule persiste à droite. Le canal nasal reste toujours perméable des deux côtés.

Le 7 janvier, les deux fistules sont cicatrisées.

Le 6 février, la fistule gauche offre une cicatrice solide ; il en est de même de la fistule droite. Le canal nasal reste perméable des deux côtés.

Le 29, la fistule s'est rouverte des deux côtés. On reprend les injections de teinture d'iode et on continue l'administration de l'iodure de potassium.

Le 5 avril, il reste à gauche un pertuis fistuleux dont le fond correspond à une petite surface osseuse dénudée. Le canal nasal est perméable. Du côté droit persiste une fistule plus large que du côté gauche et le stylet introduit dans le fond de la plaie rencontre une surface osseuse qui se laisse pénétrer par l'instrument (carie).

Le canal nasal de ce côté laisse passer moins facilement l'eau injectée par le point lacrymal.

OBSERVATION IX

Abcès ossifluent du grand angle de l'orbite droit. Injections iodées dans l'abcès. Iodure de potassium à l'intérieur. Guérison rapide.

M. And... âgé de 39 ans, corroyeur, est soumis à l'examen clinique, le 5 novembre dernier. Il pleure de l'œil droit depuis 13 ans. Il y a 18 mois qu'à la suite d'un érysipèle de la région du grand angle, il se produit, par intervalles, une sécrétion muqueuse entre les paupières.

Je constate au grand angle de l'orbite droit une tumeur molle, fluctuante. L'incision de cette tumeur donne issue à du pus phlegmoneux. Avec un stylet d'Anel introduit au fond de la plaie, il est facile de reconnaître une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

A partir de ce moment, je pratique tous les jours une injection de teinture d'iode pure dans la fistule du grand angle et je prescris une potion à l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour.

Le 17, la fistule est cicatrisée ; je me contente de faire des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur.

Le 21, il n'y a plus de mucosités dans le sac ; le canal nasal devient perméable aux injections aqueuses poussées par le point lacrymal inférieur.

Le 28, même état satisfaisant.

OBSERVATION X

Larmoiement depuis un an. Abscess ossifluent du grand angle de l'orbite gauche. Ouverture de l'abcès et injections iodées. Iodure de potassium à l'intérieur. Guérison.

M. Aug., âgé de 30 ans, ouvrier en parapluies, est soumis à mon examen le 12 novembre 1877. Il raconte qu'il pleure de l'œil gauche depuis un an. Il y a six mois qu'il s'aperçoit, par intervalles, de la présence de mucosités derrière les paupières.

Au niveau du grand angle de l'orbite gauche existe une petite tumeur. Si on exerce une pression sur celle-ci, on fait sortir par les points lacrymaux un liquide muqueux blanchâtre. Une injection d'eau, poussée par le point lacrymal inférieur, reflue tout entière par le supérieur. Du côté droit où il n'existe aucune tuméfaction de la région du grand angle, l'injection d'eau, poussée par le point lacrymal inférieur, passe par la narine.

J'incise la tumeur du grand angle gauche et je constate une dénudation d'au moins quinze millimètres d'étendue de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. (Injection de teinture d'iode dans la plaie du grand angle ; potion à l'iodure de potassium).

Dans la nuit du 25 au 26 novembre, il se déclare une tuméfaction avec douleur de la région lacrymo-palpébrale gauche. Le 23, il existe un gonflement diffus avec rougeur et empatement de la paupière inférieure et de la région du sac qui est douloureuse à la pression, la conjonctive palpébrale est fortement injectée. Onction avec

l'axonge fraîche et cataplasmes émollients. Ces phénomènes inflammatoires cèdent rapidement, dès le 30, on reprend les injections de teinture d'iode dans la plaie du grand angle.

Le 5 décembre, la fistule du grand angle est cicatrisée; la pression exercée sur cette région ne fait pas sortir de mucosités par les points lacrymaux. Une injection d'eau poussée par le point lacrymal inférieur passe en partie par la narine correspondante.

Le 17, même état favorable; seulement le canal n'est pas perméable aux injections aqueuses faites par le point lacrymal inférieur.

OBSERVATION XI

Catarrhe du sac lacrymal droit depuis deux ans. Abscess ossifluent du grand angle de l'orbite. Injections iodées dans le fond de l'abcès largement ouvert. Guérison.

La dame M... âgée de 44 ans, repousseuse, d'une bonne santé habituelle, d'une constitution moyenne, a déjà été traitée à une clinique en 1875, pour un catarrhe du sac lacrymal droit. Pendant deux mois on lui a fait des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur. Au bout de ce temps, il y avait une amélioration notable. Il y a un an, il s'est produit une sécrétion jaunâtre au niveau du grand angle de l'orbite droit, sécrétion rendue plus abondante alors que la patiente appuyait avec le doigt sur la région du sac. Il y a quinze jours cette sécrétion s'est accrue et, depuis huit jours, il s'est manifesté une tuméfaction de la région du grand angle.

Etat actuel, 30 août 1877. — Il existe au niveau du grand angle de l'œil droit au-dessous de la place correspondant au tendon direct de l'orbiculaire, une tumeur du volume d'une petite noisette, bien circonscrite molle et fluctuante, douloureuse à la pression. La peau

qui la recouvre est d'un rouge sombre. L'incision de la tumeur laisse écouler du pus phlegmoneux. L'introduction d'un stylet dans la plaie fait constater une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, dans une étendue en hauteur de plus d'un centimètre.

Le 31, la tuméfaction a diminué. On pratique dans la plaie une injection iodée que l'on répète les jours suivants. A plusieurs reprises on constate que l'injection de teinture d'iode, poussée par le point lacrymal inférieur, passe par la narine, ce qui prouve la perméabilité du canal nasal.

Le 10 septembre, la fistule du grand angle de l'orbite est cicatrisée. Il n'existe pas la moindre mucosité dans le sac. Le 19, même état favorable.

OBSERVATION XII

Abcès ossifluent du grand angle de l'orbite gauche. Canal nasal perméable. Injections iodées, iodure de potassium à l'intérieur. Persistance du mal au bout de sept mois de traitement.

D., âgé de 36 ans, fondeur en cuivre, se présente à ma clinique le 20 octobre 1877. Il nous apprend qu'il pleure de l'œil gauche depuis six mois. Il y en a trois qu'il s'est formé une tumeur au grand angle de cet œil. D... n'a fait aucun traitement.

Nous constatons qu'il existe au niveau du grand angle de l'orbite gauche une tumeur du volume d'un très gros pois, molle, fluc-

tuante, sans adhérences à la peau qui a conservé sa coloration normale. La pression sur la tumeur ne fait rien refluer par les points lacrymaux et n'en diminue pas le volume. Le patient affirme que la tumeur disparaît le matin pour réparaître dans l'après-midi.

En pratiquant une injection d'eau par le point lacrymal inférieur, on distend la tumeur. Si alors on comprime cette dernière, il sort du pus par le nez, mais aucun liquide ne ressort par les points lacrymaux.

Je pratique une large incision de la tumeur. L'introduction d'un stylet à travers l'ouverture permet de constater une dénudation de la partie la plus élevée de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur. Injections de teinture d'iode dans la plaie ; potion d'iodure de potassium à la dose de un gramme par jour.

Les injections iodées sont pratiquées les jours suivants.

Le 13, la plaie du grand angle prend un aspect rosé.

Le 17, le sac est distendu par du muco-pus, qui, par la pression, reflue dans la narine gauche. Les injections iodées sont faites tous les deux jours.

Le 27, la fistule est cicatrisée. Les injections d'eau pratiquées par le point lacrymal inférieur ne passent pas par la narine.

Le 29, reproduction de la tumeur du grand angle. L'incision de la tumeur fait sortir du pus phlegmoneux. Avec un stylet introduit au fond de la plaie, on constate la dénudation osseuse. On reprend les injections iodées.

Le 6 novembre, application d'un fragment de pâte de Canquoin, pour agrandir la fistule. Les jours suivants, injections iodées ; administration de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Le 18 décembre, le sac ne contient que quelques mucosités insi-

gnifiantes. De l'eau injectée par le point lacrymal inférieur ne passe pas par la narine.

Le 15 janvier 1878, le sac renferme toujours des mucosités. Le canal nasal est imperméable aux injections d'eau poussées par le point lacrymal inférieur. On continue l'administration de l'iodure de potassium.

Fin avril, l'état est absolument le même. La région du sac est légèrement tuméfiée. Une nouvelle incision, pratiquée au niveau du grand angle de l'orbite, permet de reconnaître qu'il existe une dénudation osseuse.

OBSERVATION XIII

Abcès ossifluent du grand angle de l'orbite gauche. Injections iodées. Iodure de potassium à l'intérieur. Persistance du mal au bout de six mois de traitement.

La dame Rol., âgée de 60 ans, ménagère, nous apprend, le 12 novembre 1877, qu'elle pleure de l'œil gauche depuis deux ans et que depuis deux ans l'œil jette. Il existe, au grand angle de l'œil gauche, une petite tumeur. Si on comprime celle-ci avec le doigt, on fait affluer par le point lacrymal inférieur des mucosités et parfois du muco-pus. Une injection d'eau pratiquée par le point lacrymal inférieur ne passe pas par la narine.

Une incision est faite dans la région du grand angle; en introduisant par cette ouverture un stylet, on constate une dénudation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. A partir du 12

novembre jusqu'à la fin du mois, on pratique, à peu près tous les jours, des injections de teinture d'iode dans la fistule. A partir du 22 novembre, on donne une potion à l'iodure de potassium à la dose de un gramme par jour.

Le 3 décembre, la fistule est cicatrisée. Par la pression sur le grand angle, il sort à peine quelques mucosités par le point lacrymal inférieur. Une injection d'eau pratiquée par ce dernier ne fait passer que quelques gouttes de liquide par la narine.

Le 4 janvier 1878, absence de mucosités dans le sac, l'eau injectée par le point lacrymal inférieur passe en petite quantité par la narine. Iodure de potassium.

Le 7 février, le sac renferme un liquide louche. L'injection d'eau poussée par le point lacrymal inférieur ne passe pas par la narine.

Le 19 mars, le sac renferme une petite quantité de liquide d'une consistance gommeuse. Le canal nasal est imperméable.

Le 30 mars, le sac renferme des mucosités ; même état du canal nasal.

OBSERVATION XIV

Tumeur du grand angle de l'orbite droit, symptomatique d'une lésion osseuse. Rugination de toute la portion osseuse dénudée. Guérison rapide.

La dame Pig., âgée de 48 ans, marchande de lait, d'une forte constitution, a déjà été atteinte, en 1869, d'une tumeur du sac la-

crimal droit, laquelle tumeur a été incisée et traitée par l'introduction de la pâte de Canquoin, puis par des injections d'eau pure faites pendant plusieurs mois par le point lacrymal inférieur. Au bout d'un an, la patiente a renoncé à tout traitement et depuis cette époque, elle a toujours conservé, au niveau du grand angle de l'orbite, une tumeur qu'elle vidait elle-même par la pression. Elle en faisait sortir, dit-elle, un liquide clair mêlé de quelques gouttes de pus.

Il y a deux ans, elle a été atteinte d'une attaque inflammatoire aiguë de la région du grand angle qu'elle a combattue par des applications émollientes. La tumeur s'est ouverte spontanément et s'est refermée au bout de quelques jours. Depuis il est toujours resté une tumeur, de petite dimension, que la malade vidait par la pression.

Vers la fin de décembre 1876, la tumeur augmente de volume et la patiente éprouve des douleurs vives dans toute la région. Le 28 du mois, elle vient à ma clinique et je constate tous les symptômes attribués à la dacryocystite aiguë. La région du sac est incisée ; il s'écoule du pus. Avec un stylet de trousse introduit jusqu'au fond de la plaie, il est facile de reconnaître une dénudation osseuse, d'environ un centimètre d'étendue en tous sens.

Le 2 janvier 1877, après avoir agrandi l'incision du grand angle, je rugine toute la portion d'os dénudée. Application de compresses imbibées d'eau froide.

Le lendemain pas de réaction ; même pansement. Les jours suivants, sécrétion de pus insignifiante.

Le 8 janvier, la plaie du grand angle tend à se cicatriser. On introduit entre les lèvres de cette plaie quelques brins de charpie. On

continue à pratiquer tous les jours des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur.

Le 15, plus la moindre sécrétion purulente. L'injection d'eau, pratiquée par le point lacrymal inférieur, passe par la narine. La plaie du grand angle est presque complètement cicatrisée.

Le 1^{er} janvier, pas la moindre sécrétion du sac. Un peu de larmoiement quand la patiente sort au grand air. Canal nasal perméable aux injections d'eau poussées par le point lacrymal inférieur. Plaie du grand angle complètement cicatrisée depuis plusieurs jours.

A la fin d'août, la patiente vient me retrouver pour confirmer la guérison.

En avril 1878, il n'y avait pas de récurrence.

OBSERVATION XV

*Abcès du sac lacrymal, symptomatique d'une lésion osseuse.
Fistule consécutive. Rugination de la portion osseuse malade.
Guérison rapide.*

La dame C., âgée de 47 ans, ménagère, se présente à ma clinique le 24 mai 1876, pour une tumeur du grand angle de l'orbite gauche. Les injections d'eau, pratiquées par le point lacrymal inférieur, distendent le sac, sans passer par la narine correspondante.

La tumeur ayant été incisée, il s'en écoule du muco-pus. Avec un stylet porté dans le foyer, je constate qu'il existe au niveau du

tendon d'insertion de l'orbiculaire, une dénudation osseuse d'environ deux centimètres d'étendue dans le sens vertical.

Jusqu'à la fin d'août, on fait tous les jours des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur. On introduit dans le foyer de petites boulettes de charpie imbibées de teinture d'iode pure, et à plusieurs reprises on empêche la cicatrisation de la plaie par l'interposition d'un grain de caustique de Canquoin.

Le 29 août, il est facile de constater avec un stylet que la lésion osseuse persiste toujours. Je pratique la rugination de toute la partie osseuse dénudée. Le lendemain, légère ecchymose sous-palpébrale aux environs de la plaie ; pas de réaction inflammatoire.

On continue les injections de teinture d'iode par la plaie extérieure tout en faisant journellement des injections d'eau pure par le point lacrymal.

Le 7 septembre, la plaie se cicatrise ; à partir de ce jour, on ne pratique plus que des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur.

Le 1^{er} octobre, la plaie est complètement cicatrisée. Une injection d'eau, poussée par le point lacrymal, passe par la narine, le larmolement a disparu.

Le 20 novembre, la patiente revient pour confirmer la guérison

OBSERVATION XVI

Abcès ossifluent, ouvert dans le sac lacrymal, du grand angle de l'orbite gauche. Rugination de la portion osseuse dénudée. Guérison rapide.

La dame S., âgée de 43 ans, sans profession, se présente à ma clinique, le 9 octobre 1876. Elle raconte que l'affection remonte à environ trois ou quatre mois. Nous constatons l'existence, au grand angle de l'orbite gauche d'une tumeur du sac qui est ouverte par le bistouri et qui laisse échapper du pus. A la suite de cette opération persiste une ouverture. On pratique fréquemment des injections de teinture d'iode dans le foyer et, tous les jours, le lavage du sac avec l'eau pure par le point lacrymal inférieur. La fistule persiste. Fin octobre, survient une recrudescence inflammatoire de la région du grand angle. Avec un stylet, je constate qu'il existe une dénudation osseuse d'environ un centimètre d'étendue en tous sens, immédiatement au-dessous du point d'insertion du tendon de l'orbiculaire.

Le 7 novembre, je pratique la rugination de toute la portion d'os dénudée. Quelques brins de charpie sont introduits dans la plaie pour en prévenir la cicatrisation. Le lendemain et les jours suivants, pas de réaction.

Le 10, suppuration insignifiante, le 11, injection iodée dans le sac.

Jusqu'au 16, la sécrétion fournie par le sac est insignifiante. Ce jour-là je constate une forte réaction de toute la région du grand

angle, une suppuration plus abondante que les jours précédents. Sous l'influence d'applications émollientes sur le grand angle de l'orbite, ces phénomènes inflammatoires se calment. Dès le 23, il n'y a plus la moindre sécrétion anormale du sac et l'on peut considérer l'affection comme guérie.

Effectivement, le 18 décembre suivant, la patiente revient me faire constater la persistance de la guérison. Elle conserve un peu de larmolement.

Quatre mois plus tard, fin avril 1877, elle se présente de nouveau. Il n'existe pas le moindre produit anormal du sac. Il reste un peu de larmolement.

OBSERVATION XVII

Abcès ossifluent, ouvert dans le sac, du grand angle de l'orbite gauche. Rugination de la portion osseuse dénudée. Guérison.

Pauline B., âgée de 6 ans, est conduite à ma clinique, en octobre 1876. D'après le récit de la mère, les yeux de l'enfant pleurent depuis un an. Il y a trois semaines, il s'est formé une tumeur au niveau du grand angle de l'orbite gauche. J'incise cet abcès et je constate, avec un stylet, qu'il existe une dénudation osseuse d'une étendue de un centimètre environ en hauteur au-dessous du point d'attache du tendon direct de l'orbiculaire.

Le 24 octobre, après avoir agrandi la plaie du grand angle, je

pratique la rugination de toute la portion osseuse dénudée. Boulette de charpie sèche dans la plaie.

Le lendemain, pas la moindre réaction ; introduction dans le fond de la plaie d'une boulette de charpie imbibée de teinture d'iode.

Le 31, injection iodée dans la plaie. Les injections d'eau par le point lacrymal inférieur sont rendues impossibles par l'indocilité de l'enfant.

Le 8 novembre, la suppuration a diminué ; les injections iodées sont continuées par la fistule.

Le 15 décembre, la fistule du grand angle est complètement cicatrisée. La pression sur la région du sac ne fait sortir aucune mucosité par les points lacrymaux.

OBSERVATION XVIII

Abcès ossifluent du grand angle de l'orbite gauche. Rugination de la portion osseuse altérée. Guérison rapide.

La dame Tric..., âgée de 45 ans, couturière, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, pleure de l'œil gauche depuis trois ans. Vers le commencement de février 1877, il se déclare une inflammation aiguë au niveau du grand angle de l'orbite du même côté. Il se forme un abcès avec amincissement de la peau. La collection est ouverte le 5 mars. Une injection d'eau poussée par le point lacrymal inférieur, passe par la narine correspondante. Avec un stylet de trousse, on constate une dénudation étendue de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Le lendemain, j'agrandis l'incision du grand angle et je rugine la portion osseuse dénudée sur une étendue d'environ deux centimètres.

Le 7, pas de réaction ; l'injection d'eau poussée par le point lacrymal inférieur passe par la narine. Les jours suivants diminution notable de la suppuration. Le 13, la plaie a un aspect vermeil.

Le 15, bouffée inflammatoire de la région du grand angle. Sécrétion plus abondante. Sous l'influence d'applications émollientes, amendement rapide des symptômes.

Le 23, suppuration insignifiante. Le 24, la plaie du grand angle est cicatrisée.

Le 16 avril, de l'eau, injectée par le point lacrymal inférieur, passe par la narine.

Le 1^{er} mai, pas la moindre sécrétion fournie par le sac. Larmolement insignifiant.

OBSERVATION XIX

Abcès ossifluent du grand angle de l'orbite droit. Rugination, à deux reprises, de la portion osseuse dénudée. Injections iodées. Guérison en quatorze mois.

Charles J... âgé de 7 ans, se présente à ma clinique, au commencement de février 1877. Il pleure de l'œil droit depuis un an. Depuis trois mois, il s'est formé une grosseur au niveau du grand angle de l'orbite du même côté.

Le 10 février, j'incise la tumeur du grand angle. Il s'écoule du

pus blanc-jaunâtre, demi-séreux. Avec un stylet de trousse on constate une dénudation étendue de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Le 27, pas d'amélioration, malgré l'emploi journalier d'injections aqueuses par le point lacrymal.

J'agrandis la plaie, du grand angle, puis je rugine, dans une étendue d'au moins un centimètre, toute la portion dénudée de l'apophyse montante du maxillaire.

Le lendemain, pas de réaction.

Le 1^{er} mars, suppuration moins abondante. Le 2, la plaie a bon aspect. Le 3, la sécrétion est muco-purulente, plutôt que purulente. Le 6, diminution notable de la sécrétion. Le 7, la fistule fournit toujours du muco-pus ; la plaie a un aspect blafard. L'injection d'eau faite par le point lacrymal inférieur ne passe pas dans la narine.

Le 12, la suppuration a diminué ; la plaie prend une couleur vermeille. Le 20, peu de suppuration ; le canal nasal est perméable. On pratique par la fistule une injection de teinture d'iode que l'on répète les jours suivants.

Le 28, sécrétion insignifiante formée par la fistule dont les lèvres ont un aspect rosé.

Le 2 avril, l'injection poussée par le point lacrymal inférieur, passe par la narine et entraîne quelques mucosités. La pression sur la région du sac lacrymal ne fait refluer, par les points lacrymaux, aucun produit pathologique.

Le 2 mai, état satisfaisant. Mais le 22, le sac renferme un liquide de consistance gommeuse, et le 24, il s'est formé, au niveau du grand angle de l'orbite, une tumeur renfermant du muco-pus.

Le 29, incision de la tumeur. Avec un stylet, on constate une

dénudation osseuse. Je rugine de nouveau la portion osseuse dénudée. Les jours suivants, on pratique des injections de teinture d'iode dans la plaie.

Le 11 juin, la sécrétion fournie par la fistule est moindre. Le canal nasal est perméable, il existe toujours une portion osseuse dénudée. Je prescris à l'intérieur 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour et je continue les injections de teinture d'iode dans la plaie tous les deux jours.

Le 10 juillet, il s'écoule encore quelques rares mucosités par la narine, lorsqu'on injecte de l'eau par le point lacrymal.

Le 6 août, le sac est de nouveau distendu par du muco-pus. Une ouverture pratiquée à la tumeur fait reconnaître la persistance de la lésion osseuse. On reprend les injections iodées dans la plaie.

Le 22, la fistule est cicatrisée. Le canal nasal est perméable aux injections d'eau pratiquées par le point lacrymal inférieur.

Le 7 septembre, la fistule du grand angle s'est rouverte et donne issue à des mucosités, lorsqu'on fait une injection d'eau par le point lacrymal. Avec un stylet d'Anel, on reconnaît la persistance de la dénudation osseuse — Injections de teinture d'iode dans la plaie, iodure de potassium à l'intérieur.

Le 17, la fistule est cicatrisée, le canal nasal est perméable aux injections d'eau pratiquées par le point lacrymal. Ces injections entraînent par la narine quelques mucosités.

Le 21, la fistule du grand angle s'est rouverte. Le 28, elle est réduite à un pertuis permettant difficilement le passage d'une sonde d'Anel avec laquelle on constate la persistance de la dénudation osseuse.

Le 24 novembre, le pertuis fistuleux est cicatrisé. Canal nasal

perméable aux injections d'eau qui entraînent quelques mucosités.

Le 17 décembre, le 7 janvier et le 14 mars 1878, même état. Ce n'est que le 23 mars, qu'il n'existe plus aucune mucosité dans le sac.

Au commencement de mai 1878, j'ai revu cet enfant qui est guéri. Les injections d'eau, poussées par le point lacrymal inférieur, passent à flot par la narine, sans entraîner aucune mucosité. Il reste au niveau du grand angle de l'orbite, une dépression manifeste indiquant l'élimination de la portion osseuse altérée.

OBSERVATION XX

Larmoiement à droite depuis six ans. Absès ossifluent du grand angle de l'orbite du même côté. Rugination, injections iodées, iodure de potassium à l'intérieur. Guérison en seize mois.

Eugénie Jib..., âgée de 12 ans, est conduite à ma clinique le 20 janvier 1877. Elle est atteinte depuis six ans d'un larmoiement de l'œil droit. Il y a trois ans, un abcès s'est formé au niveau du grand angle de l'orbite de ce côté. On s'est contenté de faire des injections d'eau pure par le point lacrymal inférieur. Au bout de deux ans de ce traitement, le larmoiement a cessé. Mais au commencement de novembre 1876, le larmoiement est revenu.

Je constate une tuméfaction de la région du grand angle de l'œil droit. La pression exercée sur cette région ne fait refluer aucun produit anormal par les points lacrymaux. En pratiquant une injection d'eau par le point lacrymal inférieur, l'eau mêlée à du mucus s'échappe par la narine correspondante.

Le 23, j'incise les téguments du grand angle et, avec un stylet d'Anel, je reconnais une dénudation osseuse de l'apophyse montante du maxillaire, s'étendant de l'apophyse orbitaire interne, jusqu'à 2 centimètres au moins au-dessous du tendon d'insertion de l'orbiculaire. Je rugine toute la portion osseuse dénudée. Quelques brins de charpie sont introduits entre les lèvres de la plaie.

Le lendemain, toute la région du grand angle est tuméfiée et douloureuse à la pression. On prescrit les cataplasmes émollients.

Le 26, la tuméfaction a diminué, la pression sur la région est moins douloureuse.

Le 1^{er} février, la suppuration est moindre, la tuméfaction moins prononcée, la douleur modérée à la pression. On pratique tous les jours une injection d'eau pure par le point lacrymal inférieur.

Le 17, la suppuration est abondante. Une injection iodée qu'on répète tous les jours suivants est pratiquée dans la plaie. Sous l'influence de ces injections, la sécrétion diminue et devient plus fluide.

Le 6 mars, la plaie extérieure est cicatrisée. Une injection d'eau pratiquée par le point lacrymal inférieur revient par la narine correspondante, avec quelques mucosités seulement. Le lendemain, la plaie du grand angle s'est rouverte ; avec un stylet d'Anel, on constate une dénudation osseuse. La sécrétion de pus est peu abondante. Injections iodées.

Le 28, la sécrétion fournie par le sac est nulle ; le canal nasal est perméable ; la tuméfaction du grand angle a disparu.

Le 7 avril, la pression sur le grand angle de l'orbite ne fait refluer par les points lacrymaux que quelques gouttes d'un liquide clair. Le sac ne renferme plus de mucosités. Le canal nasal est per-

méable aux injections d'eau faites par le point lacrymal inférieur.

Le 25, le sac renferme quelques gouttes de liquide d'une consistance gommeuse, sans mucosités. — Iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour.

Le 2 mai, même état. On continue l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour.

Le 2 mai, même état. On continue l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour et, deux fois la semaine, on pratique des injections aqueuses par le point lacrymal inférieur

Le 21 juin, le liquide injecté par le point lacrymal inférieur, passe en partie par la narine, mélangé de quelques mucosités provenant du sac. — Même traitement.

Le 12 juillet, sortie par la narine de quelques rares mucosités, après injection d'eau par le point lacrymal inférieur.

Le 22 septembre, la fistule du grand angle reste cicatrisée ; absence de mucosités dans le sac. De l'eau injectée par le point lacrymal inférieur passe par la narine. La petite malade n'a pas cessé, depuis cinq mois, de prendre de l'iodure de potassium.

Le 14 octobre dans l'après-midi, il se déclare une bouffée inflammatoire du grand angle de l'œil droit, avec douleur de la région quand on presse celle-ci avec le doigt. Sous l'influence de cataplasmes émollients, les phénomènes s'amendent. Effectivement, le lendemain, il ne reste qu'une légère tuméfaction. Une injection d'eau, pratiquée par le point lacrymal inférieur, passe tout entière par la narine sans entraîner aucune mucosité.

Le 2 novembre, état local très satisfaisant, le canal nasal reste perméable.

Le 7 février 1878, je revois la jeune fille. La fistule du grand angle de l'orbite reste cicatrisée. L'injection d'eau, poussée par le point lacrymal inférieur, passe tout entière par la narine, entraînant encore quelques mucosités. — Continuer l'iodure de potassium.

A la fin d'avril, je constate l'absence de toute mucosité dans le sac.

Voici maintenant quelques observations de larmolement de causes diverses, avec le traitement employé et le résultat obtenu.

OBSERVATION XXI

Larmolement de l'œil droit depuis quatre ans. Hypertrophie de la portion palpébrale de la glande lacrymale. Extirpation. Guérison ¹.

M..., âgé de vingt ans, opticien, se présente à ma clinique le 7 octobre 1863, se plaignant d'éprouver, depuis quatre ans, de la douleur vers la partie externe de la paupière supérieure droite. Il a remarqué qu'il était pris de larmolement de l'œil droit seul, toutes les fois qu'il regarde soit le soleil, soit la lumière d'un bec de gaz ou d'une lampe ordinaire. Ce larmolement cessait dès que le patient ne fixait plus l'une des trois sources lumineuses précédentes.

Je constate que lorsque M. porte fortement l'œil droit en bas et en dedans, et qu'on relève, aussi haut que possible, la paupière supérieure, pendant qu'on abaisse l'inférieure, il existe au niveau de la partie externe du cul-de-sac supérieur de la conjonctive,

¹ D^r Fano, Traité des mal. des yeux. 1863. t. I. p.

précisément à l'endroit où se trouve à l'état normal la portion palpébrale de la glande lacrymale, une tumeur du volume d'un petit haricot flageolet. Cette tumeur est d'une consistance moyenne, la portion de conjonctive qui la recouvre n'est pas mobile sur elle. La muqueuse est très injectée, non seulement à ce niveau, mais encore dans le voisinage. Dès qu'on cesse de maintenir la paupière fortement relevée, la tumeur disparaît ou tout au moins se cache.

Séance tenante, je procède à l'extirpation de la petite tumeur. Les paupières étant convenablement écartées par un aide, au moyen d'une pince à griffes, je saisis la portion de conjonctive qui recouvre la production morbide et j'excise celle-ci avec des ciseaux.

Le lendemain, la conjonctive est à peine injectée ; il y a une légère ecchymose de la paupière supérieure. Le 11 octobre, il existe une exsudation blanchâtre à l'endroit où la conjonctive a subi une perte de substance. Dès le 12, cette exsudation diminue ; la conjonctive oculaire est médiocrement injectée dans les divers points de son étendue ; l'ecchymose palpébrale est résorbée. Le 15, la plaie conjonctivale est cicatrisée ; la vascularisation de la muqueuse oculaire a diminué. J'engage le patient à reprendre ses travaux d'opticien.

Le 23, il vient me rendre compte de l'effet produit par l'exercice des yeux. Il affirme ne plus souffrir et ne plus être pris de l'armoiement, lorsqu'il travaille à la lumière du gaz. La conjonctive reste à peine injectée aux environs de la cicatrice.

La tumeur est formée d'une série de granulations de couleur grisâtre, du volume d'un grain de chénevis, nettement séparées les unes des autres, mais adhérentes à la petite portion de conjonctive qui a été enlevée. Le docteur Ordoñez, ayant fait sur ma demande

l'histologie de cette tumeur, a reconnu qu'elle était formée par une hypertrophie glandulaire. Voici la note rédigée par cet habile micrographe.

« La masse de la tumeur est constituée par un grand nombre d'acini glandulaires, entourés d'une trame assez serrée de tissu cellulaire dans laquelle se trouvent plusieurs capillaires sanguins de nouvelle formation. Les culs-de-sac glandulaires présentent un volume au moins double de celui de l'état normal. La paroi propre de ces culs-de-sac glandulaires est fortement distendue par la pression qu'exerce, de dedans en dehors, la grande quantité de cellules d'épithélium nucléaire développées dans leur cavité, de manière que celle-ci en est entièrement comblée. La même hypergénèse cellulaire s'observe dans les canaux excréteurs de ces glandes. La distension de la paroi propre des culs-de-sac glandulaires est telle qu'en faisant des préparations microscopiques, la paroi se crève facilement par l'action des aiguilles à dissection. On peut alors constater que la cavité est comblée par la multiplication des cellules d'épithélium nucléaire ; les cellules ne présentent aucune déformation. »

Voici la première observation publiée d'extirpation des glandes lacrymales.

OBSERVATION XXII

(P. BERNARD¹)

Larmolement datant de dix ans. Double intervention sur les glandes lacrymales.

Fil, 30 ans, jardinier, atteint depuis dix ans de larmolement de l'œil gauche des plus intenses et des plus incommodes, avait consulté sans résultat un chirurgien de Paris.

Quand le malade vint réclamer nos soins, il y a 18 mois, nous pratiquâmes le cathétérisme inférieur des voies lacrymales et le canal excréteur nous parut sain dans toute son étendue.

Cependant nous soumîmes le malade à un traitement médico-chirurgical qui ne dura pas moins d'une année et pour lequel nous renouvelâmes tous les moyens déjà employés infructueusement par nos confrères. Il était rationnel de penser... que l'ablation de la glande lacrymale pouvait seule offrir quelques chances favorables.

L'opération fut faite à notre dispensaire... ; nous nous sommes servi du procédé d'Anel. Le malade étant assis sur un siège bas, après avoir fait abaisser la paupière, nous fîmes un pli à la partie supérieure et externe de l'orbite, immédiatement au-dessous du sourcil et au niveau du rebord orbitaire ; l'aide fut obligé de tenir

¹ Résumé. Ann. D'Oculist. 1843, p. 193.

le bout supérieur du pli, tandis qu'avec le pouce et l'index de la main gauche nous maintenions le bout inférieur.

Alors prenant un petit scalpel à lame courte, nous incisâmes ce pli jusqu'à sa base en dirigeant l'instrument du côté de la voûte orbitaire et de manière à faire une incision de 15 millimètres, ensuite avec deux érignes mousses l'aide fut chargé d'écarter les bords de la plaie, tandis qu'au moyen d'une pince fine nous disséquâmes les parties intermédiaires jusqu'à ce que nous fûmes arrivé dans la cavité orbitaire. Ce dont nous nous aperçûmes facilement par le défaut de résistance. Une sonde cannelée fut alors introduite sous le fascia palpébral et nous débridâmes avec le scalpel.

Il s'écoula peu de sang et, aussitôt le débridement achevé, nous aperçûmes le lobe palpébral de la glande qui était si volumineuse, qu'elle dépassait sensiblement le rebord orbitaire.

L'opération guérit en peu de jours et sans suppuration abondante.

Mais la diminution de la sécrétion des larmes resta insuffisante. Aussi deux mois après la première opération, nous en fîmes une seconde et enlevâmes alors tout le reste de la glande... Cinq mois après la seconde opération, le malade est délivré de sa gênante incommodité, et bien que nous n'ayons laissé aucun vestige de la glande lacrymale, l'œil gauche est pourtant encore un peu plus humide que le droit.

OBSERVATION XXIII

(CHRISTOWITCH ¹)

Larmoiement incoercible. Ablation de la glande orbitaire. Insuccès complet.

M. Ab. Moïse, 19 ans, étudiant, ayant souffert dans son enfance d'une maladie *naso-pharyngienne* de nature scrofuleuse grave, présente actuellement des cicatrices de la luette et du pharynx, des difformités dans l'intérieur des narines par la destruction plus ou moins grande des cornets et du vomer. A la suite de cette maladie, il souffre d'un larmoiement si persistant que malgré un traitement régulier et approprié, cathétérisme du canal lacrymal, injection et traitement des narines, les larmes continuent à couler en abondance.

On procède à l'ablation de la glande lacrymale orbitaire. Pendant deux mois, le malade est très content; mais au bout de ce temps, le larmoiement revint comme auparavant, avec la même persistance et la même abondance. Nouveau traitement par le cathétérisme combiné avec l'électricité faradique; traitement contre l'hypertrophie de la muqueuse. Insuccès.

« La cause la plus probable de l'insuccès, chez ce malade, est que tout l'appareil lacrymal se trouve comme relâché, parésié et ne fonctionne pas. L'électricité peut rendre des services. »

¹ Rec. d'Ophtalm. 1889.

OBSERVATION XXIV

(MEYER ¹)

En 1876, M. de S., se présente à M. Meyer, se plaignant d'une légère tuméfaction siégeant à la partie supéro-externe de l'œil gauche. La paupière supérieure est soulevée à sa partie externe par une petite tumeur molle de la grosseur d'une petite amande. Au dire du malade, le développement s'est fait d'une façon insensible : elle occasionne simplement un léger larmolement et un peu de gêne. M. Meyer diagnostique une hypertrophie simple de la glande lacrymale et propose l'ablation qui est acceptée. Guérison rapide ².

Depuis dix ans le malade n'a pas de récurrence. Lorsqu'il pleure, les larmes coulent des deux yeux, mais moins abondamment du côté opéré.

OBSERVATION XXV

(MEYER ³)

M^{lle} X... se présente en février 1885, avec une tuméfaction du volume d'une petite amande à l'angle supéro-externe de l'œil droit.

¹ Cité par Debierre, in Rev. génér. d'Ophtal., 30 avril 1886.

² L'examen histologique pratiqué dans ce cas et les deux suivants, par M. Latteux, montre une hyperplasie simple de la glande lacrymale.

³ Loc. cit.

Cette tumeur présentait tous les symptômes analogues au cas précédent. Le même diagnostic fut porté et la tumeur enlevée de la même façon. La tumeur n'a pas récidivé et la malade peut pleurer de ses deux yeux, mais les larmes sont moins abondantes du côté opéré.

OBSERVATION XXVI

(MEYER ¹)

Au mois d'avril 1885, se présente un jeune homme porteur d'une tumeur de l'angle supéro-externe de l'œil gauche. L'ablation en fut faite de la même façon que précédemment et la guérison se fit de même par première intention. L'examen histologique donna les mêmes résultats, c'est-à-dire une hypertrophie simple. Le malade a été revu depuis ; la tumeur n'a jamais récidivé et les fonctions lacrymales s'accomplissent également des deux côtés. Cependant les larmes sont moins abondantes du côté opéré.

OBSERVATION XXVII

(TRUC ²)

Ophtalmie granuleuse ancienne ; ectropion double ; larmoiement incoercible.

A. Antoine, 51 ans, cultivateur, entre à l'hôpital St-Eloi le 12 juin 1889.

¹ Meyer, loc. cit. Revue gén. d'opht., 1886.

² Truc, Montpellier, méd. 1891.

Cet homme, d'un aspect lymphatique assez marqué, avait été atteint, à l'âge de 25 ans, d'une inflammation très intense des deux yeux qui disparut sans traitement. Légère diminution de la vision. Brusquement, le 18 avril 89, douleurs sus-orbitaires et oculaires; huit jours après, l'autre œil était atteint. En même temps survenait un écoulement blanc jaunâtre, muco-purulent, très abondant, avec photophobie.

La malade n'avait jamais eu de blennorrhagie. Les paupières étaient très gonflées des deux côtés, fortement serrées; le bord était rouge, avec des vaisseaux turgescents. A droite il était facile de constater une inversion de la paupière inférieure. Renversant les paupières de ce côté, nous découvrîmes une conjonctive rouge écarlate, farcie d'élevures diffuses, caractéristiques qui n'étaient autre chose que des granulations. A gauche, mêmes granulations. Rétrécissement notable des voies lacrymales. Traitement approprié. Légère amélioration.

Le 24 août, ablation de la glande lacrymale orbitaire droite. Le larmolement avait cessé immédiatement du côté opéré, l'ophtalmie granuleuse s'était améliorée; la vision était devenue plus nette, lorsque le 20 septembre survint une conjonctivite purulente.

A la fin d'octobre, amélioration progressivement croissante. Mais larmolement à gauche.

Le 14 novembre, sans chloroforme, on pratique l'ablation de la glande palpébrale gauche. Suites très simples malgré une opération compliquée.

Le 1^{er} décembre, amélioration notable. Le 20 mai 1890, on pratique une iridectomie gauche pour synéchies anciennes.

OBSERVATION XXVIII

(PANAS ¹).

Larmoiement avec obstruction du canal. Extirpation des deux portions de la glande lacrymale. Insuccès.

Le nommé C., âgé de 28 ans, a subi dans son enfance une fracture des os propres du nez, il larmoie depuis des années et il a du côté malade un peu de catarrhe du sac, le canal nasal est le siège d'une oblitération absolue.

M. Valude a enlevé la glande orbitaire ; le malade a encore larmoyé. M. Panas a commencé par pratiquer la destruction du sac au thermo-cautère : le catarrhe a été supprimé ; mais dans ce cas (bien que l'on puisse observer des malades dont le larmoiement est amélioré par la destruction du sac) le larmoiement assez gênant a persisté. M. Panas a enfin pratiqué une extirpation aussi complète que possible de la glande de Rosenmuller ; le larmoiement a encore subsisté en assez grande quantité pour gêner le malade.

« Ce fait se passe de commentaires et montre qu'il est des malades privés de leurs deux glandes lacrymales principales et chez lesquels les larmes ne peuvent venir que du système acino-conjonctival ; il peut servir aussi à montrer la circonspection qu'il importe d'employer dans l'appréciation et la discussion des résultats thérapeutiques de l'ablation orbitaire ou palpébrale. »

Voici maintenant quelques observations déjà anciennes, mais

¹ Cité in th. de Terson, Paris, 1892.

qui démontrent qu'il s'agissait dans ces cas d'une infection des voies lacrymales elles-mêmes, sans lésion osseuse de voisinage.

OBSERVATION XXIX

(D^r FANO, RÉSUMÉE ¹).

Catarrhe du sac lacrymal droit, larmolement. Quatre mois de traitement infructueux. Une seule injection de teinture d'iode dans le sac. Guérison.

M^{me} G., 52 ans, journalière, fut traitée pendant quatre mois consécutifs à la clinique du D^r Fano, par les injections d'eau pure et les onctions avec une promenade au précipité rouge. Aucune amélioration.

Une injection de teinture d'iode dans le sac fut suivie d'une réaction assez intense avec œdème des paupières et de la région du sac. Huit jours après, l'injection d'eau pratiquée par le point lacrymal inférieur passe par la narine. Le larmolement a diminué.

Deux mois après, l'injection ne passe plus, mais ne ramène aucun produit pathologique.

Il persiste un larmolement insignifiant. Cet état n'avait pas changé, un an après l'injection.

¹ Fano, Traité des mal des yeux, tome I, p. 270.

OBSERVATION XXX

(D^r FANO, RÉSUMÉE)

Catarrhe du sac lacrymal droit. Deux injections iodées dans le sac. Guérison.

M^{me} C..., 45 ans, sans profession, est traitée depuis trois mois pour une blépharite ciliaire à droite. Depuis six semaines, il s'est développé un catarrhe du sac lacrymal du même côté. La malade se plaint surtout du larmolement.

Traitement infructueux par les injections d'eau et une pomade au sulfate de cuivre.

Une première injection de teinture d'iode fut suivie les premiers jours d'une réaction peu violente, grâce à la précaution qu'on avait prise de laver l'œil à grande eau pendant l'injection.

Pendant un mois, le larmolement avait considérablement diminué, mais, au bout de ce temps, il reparut. Deuxième injection de de teinture d'iode, suivie cette fois d'une violente douleur et d'une réaction intense.

Quinze jours après le larmolement avait définitivement disparu. Trois mois après cet état avait persisté.

OBSERVATION XXXI

D^r FANO (RÉSUMÉE)

Catarrhe ancien du sac lacrymal droit. Fistule du sac. Trois injections iodées. Guérison.

M^{lle} D., 28 ans, lingère, pleure de l'œil droit depuis 4 ans, c'est-à-dire depuis qu'elle a eu la variole. Il y a un an, érysipèle

de la moitié droite de la face (il s'agissait probablement d'une dacryocystite aiguë). On a fait une incision et depuis il persiste une fistule.

Première injection iodée, amenant un abcès du sac. Incision et injections d'eau.

Quelques jours après, deuxième injection iodée, provoquant une vive douleur, mais amenant une diminution de la sécrétion mucopurulente. La fistule se cicatrise ; mais bientôt apparaît un nouvel abcès qu'on ouvre.

Troisième injection iodée, un mois après la première. La fistule se cicatrise et le sac ne secrète plus rien. Le larmolement persiste, quoique considérablement diminué ; le canal nasal est imperméable.

Six mois après, le même état persistait, le larmolement était insignifiant.

Ces observations prouvent que des moyens locaux simples, mais antiseptiques (telles sont les injections de teinture d'iode) peuvent guérir des catarrhes du sac. C'est encore aujourd'hui le meilleur traitement, dont la base doit être, comme nous allons le voir, l'emploi des injections antiseptiques fréquemment répétées.

IV

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC

ET

TRAITEMENT

Les symptômes des différentes maladies qui provoquent le larmolement sont variables, suivant la coupe elle-même. Nous n'insisterons pas sur les maladies traumatiques et congénitales, parce que les symptômes ou plutôt signes en sont manifestes, visibles immédiatement. Mais il nous paraît indispensable d'indiquer les phénomènes qui précèdent ou accompagnent le larmolement d'origine infectieuse. Pour nous conformer à l'ordre classique nous commencerons par la dacryocystite aiguë.

Très rarement primitive, elle est le plus souvent secondaire, comme disent les auteurs, à un catarrhe du sac, c'est-à-dire qu'elle représente un épisode de cette dernière maladie, un accès aigu, survenant dans le cours de la dacryocystite chronique. Nous avons vu précédemment ce qu'il fallait penser de la lésion véritablement primitive, dans l'un ou l'autre cas, et nous avons démontré qu'il s'agissait dans l'immense majorité des cas (536 fois sur 552) d'une lésion osseuse.

Quoi qu'il en soit, les malades atteints de dacryocystite aiguë, ressentent de la chaleur dans la direction des conduits lacrymaux et du grand angle de l'orbite ; les larmes s'écoulent le long de la joue et la narine correspondante est sèche. Bientôt apparaît un gonflement, qui part du grand angle et s'étend aux paupières et à la région orbitaire. Il y a au niveau du sac une rougeur vive ; une rougeur érysipélateuse sur les parties environnantes, ce qui (soit dit en passant) donne assez souvent lieu à des erreurs de diagnostic de la part des novices ou des

incompétents. Les paupières sont adématisées et s'écartent difficilement l'une de l'autre. La conjonctive, très fortement injectée, secrète du mucus en grande abondance. La pression sur le sac est douloureuse ; il y a souvent des phénomènes généraux (inappétence, fièvre, céphalalgie) « dont l'intensité, dit M. Delens, doit faire songer plutôt à une lésion ostéo-périostique. »

Abandonnée à elle-même, la dacryocystite aiguë se termine par suppuration et ouverture, spontanée ou artificielle. L'orifice s'ouvre et se ferme alternativement, souvent reste fistuleux.

De temps en temps, il se produit un réveil des phénomènes inflammatoires, avec accès diminuant d'intensité et de durée à mesure que leur nombre augmente. On a alors affaire à ce qu'on a appelé la dacryocystite à répétition.

Généralement, l'infection du sac ne donne pas toujours lieu à ces phénomènes aigus ; loin de là, le plus souvent l'infection est chronique d'emblée, ou seulement subaiguë ; les phénomènes précédemment indiqués sont tous atténués et s'amendent rapidement sous l'influence des topiques émollients.

Mais, nous le répétons, ces deux affections sont rarement primitives ; elles ne représentent, la plupart du temps, qu'une poussée aiguë développée sur une dacryocystite chronique, les autres sur un catarrhe secondaire du sac, d'après nous.

Ce catarrhe est une affection essentiellement chronique et se développe d'une manière lente. Pendant longtemps, pendant plusieurs années, les malades, n'ont comme symptômes, qu'un peu de larmolement, une sensation de gêne et de picotement derrière les paupières. Plus tard, ils se plaignent d'avoir l'œil

baigné d'un liquide d'abord limpide, puis louche, au moindre courant d'air, à la moindre fatigue imposée à l'organe de la vision ; les paupières sont légèrement collées au réveil.

A l'examen, on trouve la conjonctive injectée ; la région du sac est plus tuméfiée que du côté malade ; la dépression normale a fait place à une tuméfaction. En pressant sur le sac, on fait refluer par les points lacrymaux des produits de nature variable : au début, c'est un liquide clair, plus tard un liquide troublé par des mucosités, puis du muco-pus, enfin du pus véritable.

Chez quelques malades, les produits sont évacués en partie par la narine, lorsqu'on passe sur le sac ; chez d'autres, tout reflue par les points lacrymaux seuls. Rarement tout passe exclusivement par la narine.

Si au moyen d'une canule fixe, adaptée à la seringue d'Anel a l'appareil à pompe que nous décrirons plus loin, on pousse une certaine quantité d'eau boriquée tiède par le point lacrymal inférieur, le liquide reflue en grande quantité par le point lacrymal supérieur et entraîne les mucosités.

En soutenant l'injection (ce que l'on ne peut bien faire qu'avec l'appareil à pompe) et en faisant exécuter au malade une forte expiration, seulement par la narine correspondant au côté malade (la bouche et la narine opposée étant fermées), on voit parfois le liquide sourdre dans la fosse nasale. Chez d'autres sujets, malgré toutes les manœuvres, rien ne passe dans le nez, mais ce fait est rare. L'œil devenu sain, la vue est bonne, mais ne peut s'exercer longtemps car alors le larmoiement redouble ; peu de malades accusent la sensation de sécheresse de la narine correspondante.

La maladie dure indéfiniment et cela se conçoit, si l'on

admet l'existence d'une lésion osseuse : tant que l'os est malade, l'affection persiste jusqu'à élimination de la portion altérée, élimination qui n'est presque jamais spontanée. Ou bien, sous une influence quelconque, il se produit une poussée aiguë, suivie d'abcès et de fistule.

Le plus souvent, grâce à l'infection, la paroi du sac s'amin-
cit, les produits pathologiques s'accumulent, d'où deux coupes
de distension du sac et production de ce qu'on appelle la tu-
meur lacrymale.

Généralement sphérique ou ovoïde, la tumeur est parfois
rétrécie à sa partie moyenne par la présence du tendon de
l'orbiculaire, et prend alors la forme en sablier à grosse ex-
trémité inférieure (Gourde). Cette tumeur est molle, dépressible,
sans changement de coloration à la peau, se vidant par la
pression et laissant échapper, le plus souvent par les points
lacrymaux seuls, quelquefois par le canal en même temps, des
mucosités. du muco-pus ou même du pus. Parfois la tumeur
est dure, non réductible ; pour les uns, la tumeur est moins
distendue le jour que la nuit ; pour Velpeau, Béraud, Deval,
au contraire, la tumeur est moins distendue le matin au réveil.
Cette tumeur finit presque toujours par s'abcéder, après avoir
présenté une poussée inflammatoire aiguë.

Lorsqu'une fistule s'est établie, elle se présente sous forme
d'un petit orifice, situé au grand angle de l'orbite, au-dessus ou
au-dessous du tendon de l'orbiculaire et laissant échapper du
muco-pus.

Il est généralement placé au fond d'une dépression et sou-
vent entouré de fongosités. Les auteurs sont muets sur les
résultats de l'exploration avec le stylet. Seul, M. Fano a mon-

tré qu'il y avait une lésion osseuse, ce que nous avons cherché à démontrer, à notre tour.

Nous n'avons pas jusqu'ici parlé des signes que révèle le cathétérisme des voix lacrymales et pour cause. Cette exploration, en effet, qui a induit en erreur tant de cliniciens depuis tant de générations, a donné des résultats tellement contradictoires, tellement propres à réfuter l'ancienne opinion des rétrécissements des voix lacrymales, qu'ils ont été relégués prudemment au second et même troisième plan, quand on ne les a pas tout à fait passés sous silence. Nous ne nions pas, certes, l'existence d'une diminution de calibre de ces voix, mais nous ne pouvons considérer le rétrécissement comme une entité morbide. Non, le rétrécissement n'est qu'une conséquence de l'inflammation, c'est-à-dire de l'infection des voix d'excrétion. Cet effet peut exister sans qu'il y ait une tumeur ou une fistule du sac lacrymal, proposition fondée sur l'anatomie pathologique et sur l'observation clinique. Il n'est pas rare de rencontrer, en clinique, des malades dont le canal nasal est imperméable, mais qui n'ont cependant jamais de catarrhe du sac.

Par contre, on voit des malades porteurs d'une tumeur lacrymale et même d'une fistule du sac, chez lesquels cependant le canal nasal reste très perméable. Une autopsie d'Anzias-Turrenne confirme ce fait.

Enfin, il put y avoir une tumeur lacrymale et même une fistule du sac, non seulement alors que le canal nasal est oblitéré, mais encore lorsque l'embouchure des conduits lacrymaux dans le sac est également oblitéré. Les autopsies de Béraud et Velpeau confirment également ce fait clinique.

Par conséquent, l'exploration des voies lacrymales avec un stylet de Bordum, par exemple, peut dans deux cas en appa-

rence identiques, donner des résultats contradictoires. Aussi croyons-nous que cette exploration est inutile, qu'elle peut même être nuisible, soit par le transport de jeunes infections dans les voies lacrymales, soit l'effraction possible de la muqueuse et la dénudation osseuse qui en est la conséquence. Il faut à tout prix éviter d'ouvrir une porte d'entrée à l'infection, dont les effets nocifs ne sont pas compensés par l'acquisition d'une notion importante au point de vue du diagnostic.

Néanmoins, lorsqu'une infection existe déjà, on peut pratiquer le cathétérisme, mais dans un tout autre but que celui de constater un rétrécissement. Ce cathétérisme doit être destiné à révéler la lésion osseuse cause primitive des accidents. Les résultats de cette exploration sont assez souvent négatifs, car une grosse difficulté se présente, c'est de trouver la perforation de la face postérieure du sac, d'y introduire le stylet et de conduire l'instrument, malgré ces obstacles, sur la lésion recherchée. Pour ce but seulement, nous admettrions le cathétérisme, si on ne pouvait s'en passer pour établir le diagnostic, ce qui nous paraît assez facile comme nous allons le voir : il y a là simplement une question d'examen méthodique. Les observations nombreuses que nous avons produites et les résultats donnés par notre statistique, nous ont conduit d'ailleurs à ériger en principe, l'incision de la tumeur, incision qui devient dès lors exploratrice en même temps que curative.

Cette exploration sanglante doit être réservée pour les cas douteux, car le diagnostic peut se faire avant l'ouverture, surtout lorsqu'une déformation du nez, une ostéite de la paroi externe des fosses nasales, une périostite du maxillaire supérieur ou une affection des tissus, ayant précédé l'affection actuelle du grand angle, font penser à l'existence d'une lésion osseuse.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'un malade se présente au chirurgien, pour être traité et guéri d'un larmolement plus ou moins ancien, il est de toute nécessité d'établir le diagnostic exact de la cause du phénomène, avant d'instituer un traitement approprié. Cela paraît être une vérité banale, c'est en effet un principe à chaque instant proclamé, mais dont l'application se trouve assez souvent faussée, grâce aux idées préconçues ou routinières que chacun se fait ou accepte sur la pathogénie du larmolement.

Il nous paraît utile de rappeler ici ce que nous avons dit au sujet de cette pathogénie.

Le larmolement par excès de sécrétion est lié, exceptionnellement à une hypertrophie simple des glandes orbito-palpébrales ou conjonctivales ; il reconnaît, dans la majorité des cas, comme cause une infection partie soit de la conjonctive, soit de la peau. La sécrétion exagérée peut alors être dite primitive.

Le larmolement par insuffisance d'écoulement ou vice de mécanisme, peut être lié à des conditions purement mécaniques, congénitales ou traumatiques, ou bien à un fonctionnement défectueux de l'appareil musculaire. Mais le plus souvent, la cause de l'insuffisance d'écoulement réside dans une infection des voies lacrymales, infection qui entraîne des effets mécaniques.

Enfin, et c'est peut-être là, le cas le plus général, l'infec-

tion partie de la conjonctive, de la peau, de la muqueuse nasale et même des os, entraîne non seulement des effets mécaniques, mais produit aussi une sécrétion exagérée par infection des glandes lacrymales, surtout conjonctivales, d'où deux causes de larmoiement.

Ce que nous venons de rappeler n'est que le développement de l'opinion exprimée par M. Delens ¹ et acceptée en principe par presque tous les ophtalmologistes :

« Dans l'état actuel de nos connaissances, on est amené à se demander..... si, pour l'inflammation des voies lacrymales, l'envahissement de la muqueuse par des microorganismes, venus de la pituitaire ou de la conjonctive, ne constitue pas une explication plausible. »

Comme on a pu s'en rendre compte, nous allons plus loin et pensons, que le plus souvent, cette explication, non seulement est plausible, mais est la seule possible.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de la lésion causale, du point de départ du larmoiement est très important à poser. Aussi devons-nous indiquer la marche à suivre en clinique, pour établir un diagnostic exact, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint de larmoiement depuis plus ou moins longtemps.

Le diagnostic du symptôme larmoiement est des plus faciles, il est presque inutile de le dire, car les malades le font eux-mêmes et ne se plaignent guère que de ce seul symptôme dans un très grand nombre de cas. Cependant, il peut se présenter des circonstances dans lesquelles ce diagnostic demande un instant d'attention. Quelques rares malades, n'ayant aucune

¹ Delens. Traité de Chir. tome IV, p. 466.

lésion apparente de l'œil ou des voies lacrymales, se plaignent d'avoir devant un œil ou les deux, un brouillard passager, consécuteur à un travail prolongé et délicat, comme celui des horlogers. Tel était le cas d'un jeune bijoutier, opéré en 1884, à l'hôpital Beaujon et dont M. le professeur Tillaux a rapporté l'histoire dans son *Traité de Chirurgie clinique*. Le diagnostic de sécrétion exagérée ne doit être posé, que si on a éliminé toutes les autres causes de larmolement. Pour procéder à un examen méthodique, nous conseillons de suivre la marche que nous allons maintenant indiquer rapidement.

Les antécédents héréditaires doivent être interrogés, car si la *tuberculose* primitive du sac et des voies lacrymales est rare, par contre on peut *trouver des lésions osseuses de cette nature*, expliquant les phénomènes présentés par certains malades.

Pour faire ensuite un premier départ entre les affections possibles, il faut s'enquérir de l'existence d'un traumatisme antérieur, ayant pu amener une atésie cicatricielle, une déviation des points lacrymaux ou de la paupière. Dans le traumatisme, il faut faire entrer les traitements antérieurs, par dilatation, incision, etc. car ils peuvent expliquer certaines infections.

Lorsque, par l'interrogatoire, on a été conduit à éliminer le traumatisme simple, on doit immédiatement rechercher s'il n'a pas eu, à une époque plus ou moins éloignée, des phénomènes inflammatoires, quelle fut leur nature et quel fut leur siège. C'est ainsi, qu'il faudra demander au malade, s'il n'a pas eu des symptômes de conjonctivite ou de kératite, s'il est sujet au coryza, s'il ne présente pas une maladie quelconque des fosses nasales, enfin s'il n'a pas eu sur la peau de la

joue ou de la paupière des éruptions diverses (érysièple, eczéma).

On établira avec soin, autant que les réponses du malade le permettront, le mode de début et la marche du larmolement, quelles conditions le favorisent, quels symptômes s'y ajoutent. On demandera, si les paupières sont collées au réveil, s'il s'écoule de temps en temps un liquide blanchâtre, quelle est l'influence de la lumière sur l'intensité du larmolement.

Il faut, en outre, avant de passer à l'examen local, physique, savoir s'il y a eu des symptômes de *tuberculose pulmonaire* ou de *syphilis*, ces deux affections *donnant souvent lieu à des lésions du squelette*. Enfin, l'interrogatoire apprendra s'il existe actuellement des phénomènes inflammatoires, aigus ou déjà en voie de décroissance.

Lorsqu'on aura recueilli tous ces renseignements, on procédera à l'examen local. On pourra alors constater l'existence d'une division congénitale des paupières, d'une cicatrice vicieuse, d'un ectropion, d'une paralysie de l'orbiculaire, généralement associée à une hémiplégie faciale. On verra s'il existe sur la peau des traces d'inflammation passée, récente ou actuelle ; on reconnaîtra facilement un épithélioma du grand angle, une fistule ou une tuméfaction.

La fosse nasale correspondante au côté malade *sera aussi examinée*, car on peut y trouver des lésions diverses, inflammatoires ou organiques, des polypes, de l'ozène.

On procédera enfin à l'examen de la conjonctive et des voies lacrymales proprement dites. Pour cela, on prendra les précautions antiseptiques nécessaires : lavage abondant des paupières et de l'œil avec de l'eau boriquée bouillie, où une solution de sublimé à 1 pour 2000, ou même à 1 pour 4000.

Ces solutions doivent autant que possible être tièdes.

Les mains du chirurgien seront également savonnées, brossées et lavées dans le sublimé. Tous les instruments, dont on peut avoir à se servir, seront stérilisés et plongés soit simplement dans de l'eau filtrée bouillie, soit dans une solution bouillie d'acide borique à 4 %.

Ecartant alors les paupières, on pourra se rendre compte s'il existe, ou non, de la conjonctivite ou de la kératite, si un corps étranger ne se trouve pas sur la conjonctive ou dans la cornée, s'il y a du trichiasis, si les points lacrymaux présentent un orifice normal ou sont déviés.

Par la pression sur le sac, dont la tuméfaction et la consistance seront appréciées, s'il y a lieu, on pourra faire refluer par les points lacrymaux, les larmes, le mucus ou le muco-pus, qui peuvent être retenus dans le réservoir.

Enfin, en pratiquant des injections, avec la seringue d'Anc ou mieux, avec l'appareil à pompe que nous décrirons plus loin, on vérifiera le contenu du sac et le degré de perméabilité des voies lacrymales, canalicules, sac et canal nasal.

Lorsque le diagnostic de tuberculose, surtout osseuse, apparaîtra comme le seul possible, on aura soin d'ausculter le malade pour rechercher les lésions pulmonaires caractéristiques.

Si l'examen, ainsi conduit, des voies lacrymales, ne révèle aucune affection de l'appareil, capable de causer le larmolement dont le malade est atteint (et cela se rencontrera très rarement, exceptionnellement) on sera en droit de conclure qu'il y a excès de sécrétion soit des glandes conjonctivales, soit des glandes orbitaire et palpébrale.

On conçoit facilement quelle importance présente un dia-

gnostic exact, car le traitement en découle, traitement qui évidemment, d'après les lignes précédentes, ne saurait être unique comme le croyaient les anciens, dont la pathogénie très simple se réduisait aux prétendus rétrécissements du canal nasal, de J. L. Petit.

En réalité, les causes du larmolement sont tout autres ; elles sont multiples et une grande place doit être faite à l'infection, dont l'existence est confirmée par celle des lésions osseuses et par les examens bactériologiques. On ne peut espérer guérir ou même améliorer le larmolement que si on dirige un traitement convenable contre la cause qui produit ce symptôme. Et si les traitements anciens, parfois simples, ont donné des améliorations et même des guérisons, cela tient, comme nous allons le voir, à ce que, sans s'en douter, les auteurs pratiquaient l'antisepsie. En chirurgie oculaire et lacrymale, de même qu'en chirurgie générale, on ne doit pas négliger l'emploi des nouvelles méthodes.

TRAITEMENT

Le traitement est, on le conçoit, variable suivant la cause ; pour mettre un peu d'ordre en la matière, nous suivrons celui que nous avons adopté en étudiant le larmolement pathologique. Mais avant d'entrer dans les détails, une remarque très importante doit être faite. Nous avons vu quel rôle, immense peut-on dire, joue l'infection dans la production du phénomène ; les recherches bactériologiques nous ont montré le staphylocoque, vivant à l'état normal sur la conjonctive. Aussi la première condition de tout traitement consiste-t-elle dans l'emploi des procédés actuels d'asepsie et d'antisepsie. C'est en les employant qu'on préparera l'efficacité de toutes les autres manœuvres. Cela est si vrai, que les cas de guérison, publiés

par les anciens, sont presque tous dus à l'emploi inconscient d'injections antiseptiques, dont nous indiquerons la liste plus loin.

Si le symptôme est dû uniquement à l'hypertrophie de la glande lacrymale orbitaire ou palpébrale, le traitement n'est pas douteux : il faut enlever la glande. Nous avons dit que l'hypertrophie était exceptionnelle ; si on la cherche, dégagée de tout autre phénomène, mais nous avons dit aussi que, dans la plupart des cas, surtout infectieux, l'hypersécrétion venait compliquer les maladies des voies lacrymales proprement dites. Tel paraît être l'avis du Dr Terson (de Paris) qui dans sa thèse écrit ceci : « Nous croyons que même si un élément morbide, rétrécissement inflammatoire ou autres, infections variées des voies excrétoires, est souvent la lésion originelle, le larmolement qui oblige le malade à consulter, ressort bien plus d'une lésion fonctionnelle de la glande, que de l'obstruction, du rétrécissement, ou de l'infection lacrymonasale, qui sont cependant le plus souvent cause de tout. Il y a en général, dans ces cas-là, trop de larmes émises ; on a beau indéfiniment déboucher le conduit : il y a trop d'eau sur le toit ¹. »

C'est en effet dans les cas d'hypersécrétion qu'on a pratiqué l'extirpation des glandes lacrymales. Nous insisterons peu sur le manuel opératoire.

La glande orbitaire sera enlevée de préférence par le procédé Tillaux-Abadie : Incision au niveau du bord orbitaire, dans l'épaisseur du sourcil ; section du périoste et décollement de cette membrane de la surface de la fossette lacrymale ; la

¹ Dr Terson, th. de Paris, 1892, p. 52.

glande aperçue à travers le périoste est saisie, après ouverture de sa loge et énucléée.

La glande palpébrale doit être enlevée par le procédé de M. de Wecker que voici reproduit textuellement d'après le *Traité d'Ophtalmologie*, dans la thèse du Dr Terson :

« Après avoir bien cocaïnisé et lavé les paupières, ainsi que le cul-de-sac, avec une solution de sublimé à 1/4000, je place un simple écarteur étroit pour relever la paupière supérieure principalement vers sa partie externe ; si le malade regarde fortement en bas et en dedans, la glande fait aussitôt saillie sous la forme d'un bourrelet ayant l'aspect d'une fève aplatie. Lorsqu'exceptionnellement (le malade ne regardant pas bien en bas et en dedans) cette saillie n'apparaît pas, on la produit sûrement en plaçant la pince à fixation au-dessus du bord supérieur de la cornée et en attirant le globe oculaire en bas et en dedans.

C'est dans cette position que l'assistant, pour faciliter l'opération, peut maintenir l'œil fixé, en tendant en même temps la commissure externe.

On incise encore la conjonctive au-dessus et au milieu de la saillie produite par la glande. Ayant longé le fornix par une ligne courbe de 12 à 15 millimètres, je dégage soigneusement la glande de la conjonctive... La glande étant bien isolée, je la détache de sa surface inférieure par quelques coups de ciseaux rapides, de façon à déterminer la section des attaches de la glande près de la commissure externe... Une irrigation avec la solution de sublimé et l'application du bandeau compressif terminent l'opération. »

Mais avant de proposer une extirpation de la glande lacry-

male, il faut, dit M. Terson, longtemps traiter la cause par les moyens appropriés.

Si le larmolement tient à une division des paupières, congénitale ou acquise, ou à un ectropion, le traitement est tout indiqué : il faut réparer la division ou pratiquer une autoplastie.

S'il y a un *épithélioma de la paupière inférieure* ou du grand angle, il faudra sans nul doute l'enlever et pratiquer l'autoplastie ; mais on n'aura guère de chances de guérir le larmolement. Dans le cas où celui-ci sera dû à une *paralysie de l'orbiculaire*, l'emploi de l'électricité sera indiqué ; si au contraire le larmolement est *spasmodique*, on prescrira le bromure de potassium et tous les hypnotiques ; on pourra dans certain cas agir par suggestion. Enfin, si le symptôme accusé par le malade paraît dû à une *hyperhémie* de la conjonctive, avec ou sans kératite, nul doute qu'il faille d'abord traiter ces affections, avant de chercher à explorer les voies lacrymales proprement dites, à moins qu'il n'y ait une dacryocystite aiguë, une tumeur lacrymale, un abcès de sac ou une fistule. Nous allons maintenant passer en revue les divers traitements proposés pour guérir ces affections. Mais avant d'examiner cette question capitale, nous dirons un mot du traitement à instituer contre les atrésies et les oblitérations des canalicules lacrymaux.

On a proposé la dilatation graduelle, au moyen de fils métalliques, d'un diamètre de plus en plus gros, introduits dans le conduit et maintenus à demeure. Mais il vaut mieux pratiquer la section avec des ciseaux fins ou le couteau de Weber.

Quant à l'oblitération complète, elle offre peu de prise à la thérapeutique ; ni le procédé d'Alex. Monro, ni ceux d'Antoine

Petit ou de Rognetta n'ont donné de résultats. Peut-être dans ces cas, y aurait-il lieu de songer à l'extirpation des glandes lacrymales orbito-palpébrales.

Le traitement de la dacryocystite aiguë, qui est rarement primitive, consiste dans l'emploi des émollients antiseptiques, appliqués sur le grand angle ou injectés dans le sac. Mais, comme le plus souvent, l'affection se termine par l'état chronique, nous parlerons de son traitement à propos du catarrhe du sac.

Quant aux rétrécissements et oblitérations du canal nasal, ce ne sont que des résultats de l'inflammation des voies lacrymales. La muqueuse boursouflée, infiltrée, épaissie forme bien un rétrécissement, mais celui-ci n'est pas la cause immédiate du larmolement ; c'est un effet de l'infection du canal entretenue par une lésion osseuse sous-jacente, de même que la dacryocystite, le catarrhe du sac, la tumeur et la fistule lacrymales.

Le traitement de la dacryocystite aiguë consiste en moyens émollients et antiseptiques locaux, analogues à ceux que l'on emploie pour les trois autres affections. La suppuration résulte d'une poussée aiguë, sur un catarrhe ancien.

Pour nos prédécesseurs, le catarrhe était une dacryocystite chronique, une blennorrhée du sac, dont l'évolution ultérieure était décrite de la façon suivante :

« Le liquide sécrétée par la paroi s'accumule dans la cavité qu'il dilate lentement ; la tumeur lacrymale se trouve constituée. Qu'une phlegmasie aiguë se développe alors, il se forme un abcès qui s'ouvre à l'extérieur ; si le catarrhe guérit, l'ouverture se ferme promptement ; si le catarrhe subsiste, l'ouverture dégénère en fistule, qui ne se ferme, même lorsque

le canal nasal reste imperméable, que si on arrive à guérir l'inflammation. » Cela est net, très clair et indique le traitement.

Néanmoins, comme on trouvait souvent un rétrécissement secondaire, on continuait à assimiler la fistule dite lacrymale, aux fistules urinaires, parce qu'on croyait l'orifice entretenu par le passage des larmes, qui cependant s'écoulaient sur la joue. Aussi toute la thérapeutique avait-elle pour but la dilatation du canal nasal ; cependant, Anel en 1713 avait ajouté à la dilatation des points et canalicules lacrymaux, les injections d'eau pratiquées avec la seringue, qui depuis porte son nom.

Puis vint J. L. Petit qui consacra, de son autorité, la doctrine des rétrécissements ; cette doctrine, dont on n'est pas arrivé à se débarrasser encore complètement, devait céder le pas à celle plus rationnelle, plus exacte, de l'inflammation, dont le rôle avait déjà été entrevu par Scarpa.

Un peu avant lui, on avait déjà traité le catarrhe du sac par les topiques, destinés à modifier la muqueuse ; après lui, on fit un emploi assez large des injections, avec les liquides les plus divers. Nous empruntons, à M. Fano, la rapide énumération de ces divers moyens ¹.

Heister préconise les injections, dans le sac, avec les infusions tièdes de feuilles d'hyssope et de véronique, avec les eaux minérales de Wisbad, d'Emsen, de Seltz. Janin ² a obtenu un succès avec de l'eau camphrée ; Scarpa loue beaucoup l'onguent ophtalmique de Janin. D'autres chirurgiens,

¹ Traité des Malad. des yeux, 1866, t. I, p. 267 et 268.

² Mém. et observ. anat. et phys. sur l'œil, Paris, 1772, p. 312.

notamment Lisfranc ¹, font grand cas des émissions sanguines locales, des émollients, des injections avec une solution de chlorure de soude. Weller ² vante, contre la blennorrhée du sac lacrymal, les onctions avec l'onguent mercuriel, les collyres d'une solution de perchlorure de mercure, de pierre divine mêlée de laudanum, d'acétate de plomb. Il recommande, de plus, un emplâtre stibié derrière l'oreille. Vidal de Cassis attache, comme Velpeau, une grande importance au traitement antiphlogistique local, aux émollients, aux fumigations par la narine ; ces dernières avaient déjà été proposées par Louis ³. Mackenzie ⁴ a passé en revue les divers moyens imaginés pour combattre la blennorrhée du sac ; il cite notamment les sangsues appliquées sur le grand angle de l'orbite, ou sur la pituitaire ; la pommade au précipité rouge étendue sur le bord libre des paupières, au voisinage des points lacrymaux ; les onctions sur le sac avec une pommade à l'iodure de potassium ; le badigeonnage du grand angle de l'œil avec la teinture d'iode ; l'électrisation, en plaçant l'un des conducteurs sur le sac et l'autre dans la narine, les injections médicamenteuses portées dans le sac, au moyen de la seringue d'Anel : soit une solution de 5 à 20 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée ; soit une solution de 5 centigrammes de muriate de mercure et de 30 centigrammes de muriate d'ammoniaque pour 30 grammes d'eau distillée ; soit encore une solution de pierre divine ; de l'acide

¹ *Dre de Méd.* en 15 vol. Paris, 1832, t. VIII, p. 189.

² *Traité des Mal. des yeux*, t. I, p. 492.

³ *Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. II, p. 241.

⁴ *Traité des mal. de l'œil*, tome I, p. 390, 4^e édition, 1857.

chlorhydrique fortement étendu, ou de l'acide nitrique très dilué. Le chirurgien de Glasgow vante, par-dessus tout, une solution étendue de potasse caustique : 4 à 8 grammes de solution de potasse et 180 grammes d'eau. Warthon Jones ¹ emploie les antiphlogistiques locaux, le collyre de bichlorure de mercure, la pommade au précipité rouge. Warlomont dit réussir très bien à guérir le catarrhe du sac par les pommades avec de fortes proportions de sulfate de cuivre. Quaglino ² a proposé, après avoir vidé le sac, de porter, avec un pinceau humide, sur l'angle interne de l'œil, au voisinage des points lacrymaux, une ou deux fois par jour, de la poudre d'acétate de plomb neutre.

« Pour guérir le catarrhe du sac lacrymal, il faut de toute nécessité modifier la vitalité de la muqueuse qui tapisse cette cavité ; on ne peut arriver à ce résultat, qu'en portant des topiques dans l'intérieur de l'organe. Il est difficile de comprendre que les injections dans le canal lacrymo-nasal, qui ont donné de si beaux résultats à Anel, soient aujourd'hui tombées dans un discrédit complet, à tel point que Deval ³ les rejette de la manière la plus absolue, en se fondant sur l'autorité de Beer, de Chélius, de Jøger et de Rosas. La prévention de cet oculiste, pour ce moyen si simple et si efficace, est portée à un tel degré, qu'il reproche aux injections de froisser et de fatiguer les tissus, d'érailler et de faire saigner la membrane qui tapisse les conduits lacrymaux ; toutes circonstances que je n'ai jamais observées sur les nombreux malades auxquels

¹ Traité pratiq. des mal. des yeux, 3^e édit., Paris, 1862, p. 670.

² Ann. d'oculist. t. XXXIV, p, 290.

³ Chir. ocul. Paris, 1844, p. 966.

j'ai pratiqué, depuis quatre ans, des injections avec la seringue d'Anel. Si ce mode de traitement a été généralement abandonné, c'est qu'on n'a pas saisi l'indication précise à remplir dans ces cas. Préoccupé par l'idée d'un rétrécissement du canal nasal, on a employé les injections à travers les voies lacrymales pour *déboucher* le canal, afin de rétablir le cours des larmes. On en a fait un moyen purement *mécanique* au lieu de s'en servir comme d'un puissant *modificateur* de la *vitalité* de la muqueuse du sac. Pour réussir avec les injections, il fallait employer un topique qui eût la propriété de changer la sécrétion morbide dont le sac est le siège. A l'instar des chirurgiens que j'ai cités, j'ai usé divers remèdes, pour tarir cette sécrétion, et avant de faire connaître le moyen auquel je me suis définitivement arrêté aujourd'hui, il ne sera pas sans intérêt de passer en revue les tentatives antérieures avec d'autres topiques. »

« J'ai essayé les injections, faites tous les jours, par les points lacrymaux, avec une solution légère de *sulfate de zinc*. Cinquante séances n'ont donné qu'un résultat à peine appréciable, bien que j'eusse conseillé l'emploi simultané de fumigations émollientes par la narine, l'introduction dans le grand angle de l'œil d'une pommade au précipité rouge. »

« Les injections d'*eau salée* pratiquées, pendant des semaines, à travers le canal lacrymo-nasal ; l'application poursuivie pendant près de deux mois, au grand angle des paupières, de pommade au *précipité rouge* ou au sulfate de cuivre, ne m'ont donné aucun résultat. Chez un homme, qui s'est présenté à ma clinique, le 19 juillet 1861, envoyé par le docteur Grammaire, j'essayai les injections à travers le canal lacrymo-nasal, avec de l'*urine copahifère*. Dans ce but, j'avais prescrit au patient

de prendre, pendant plusieurs jours, une certaine dose de baume de copahu et de m'apporter de l'urine que j'employais pour faire les injections. Il n'y eut pas la moindre amélioration. »

« Après tous ces essais, demeurés infructueux ; après avoir surtout remarqué qu'alors même que le canal nasal devenait plus perméable, sous l'influence des injections journalières, le catarrhe du sac n'en persistait pas moins, au même degré, j'expérimentai la teinture d'iode. Elle réussit sur une première malade qui avait résisté à d'autres médications. Encouragé par ce succès, j'appliquai le même traitement à d'autres sujets, et les résultats n'en ont pas été moins satisfaisants. »

Avant de relater quelques-uns des faits, il n'est pas inutile de rappeler que ce moyen a été employé antérieurement, et on s'explique difficilement qu'il n'ait pas reçu un accueil plus favorable des praticiens. Dans le cours de l'année 1854, Am. Forget¹ communiquait à la Société médico-chirurgicale de Paris une observation de *tumeur lacrymale*, traitée d'abord infructueusement par la dilatation du canal nasal, puis avec succès par les injections iodées dans le sac. Dans le cas particulier dont il s'agit, l'injection iodée fut faite par un pertuis resté à la place de l'incision pratiquée antérieurement, lors de l'opération de la fistule lacrymale. D'un autre côté, Boinet² préconisait l'année suivante, dans le traitement des fistules lacrymales, les injections d'un liquide préparé d'après la formule suivante : eau distillée, 30 grammes ; teinture d'iode, 10 grammes ; iodure de potassium. 50 centigrammes ; acide tannique, 25 centigrammes.

¹ Union méd. 1854, p. 307.

² Iodothérapie. Paris, 1855, p. 733.

Notre maître, M. Fano, emploie les injections de teinture ou de liqueur de Villate depuis 1865, et il a publié un certain nombre d'observations, dont nous reproduisons quelques-unes de guérison rapides et durables par ce procédé.

En ce qui concerne les procédés chirurgicaux employés avant 1875, on peut les classer d'après le D^r Corny, dans le tableau suivant ¹.

1 ^{re} méthode	{	1° Destruction du sac { par les caustiques. par le fer rouge.
Destruction des voies et de la glande lacrymale.		2° Oblitération des points et conduits lacrymaux.
		3° Extirpation de la glande lacrymale.
2 ^e méthode	{	1° Injections.
Rétablissement des voies excrétoires.		2° Dilatation { mécanique. électrolytique.
		3° Stricturotomie.
		4° Cautérisations modificatrices.
3 ^e méthode	{	1° Perforation de l'unguis.
Création de nouvelles voies.		2° Perforation du sinus maxillaire.
		3° Perforation d'un canal nouveau dans la direction de l'ancien oblitéré.

Arrêtons-nous un instant, avant de rapporter quelques procédés modernes, et examinons la rationalité des traitements précédents.

Les procédés de la première méthode sont complètement inutiles, de même que la dilatation et la stricturotomie, puisqu'ils ne s'adressent pas à la cause du larmolement.

Les injections et les cautérisations modificatrices sont les seuls procédés utiles, mais insuffisants.

¹ Thèse de Paris, 1892, p. 10.

Quant à la troisième méthode, elle doit être complètement rejetée, toujours parce qu'elle ne s'adresse pas à la cause du larmolement.

Actuellement, d'ailleurs, ces diverses méthodes ont été à peu près abandonnées, mais un assez grand nombre de procédés sont encore en présence. Nous croyons utile de les énumérer rapidement, en nous bornant toutefois aux indications seulement indispensables.

M. Terson¹ préconise la dilatation du point lacrymal et son incision ou son incision et celle du canalicule lacrymal, suivies de la dilatation des voies lacrymales, avec injections détersives.

Le Docteur Libbrecht de Gand², incise le canalicule et pratique le cathétérisme pendant huit jours ; au bout de ce temps, il place à demeure une sonde spéciale à trois cannelures chargées de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent.

Nous n'avons rien à dire de ces procédés ; sinon qu'ils ne s'adressent pas à la cause du larmolement.

Les suivants sont plus énergiques, plus rationnels et touchent de près à celui que nous proposons.

M. de Wecker pénètre dans le sac par le point lacrymal supérieur. — Il incise de dedans en dehors.

Il lave avec une solution de sublimé, fait un râclage avec la curette tranchante de Volkmann, puis effectue deux sutures profondes à la plaie externe. Il obtient une réunion en 3 jours .

¹ Compte-rendu du Cong. fran. d'Ophtal. 4 mai 1891. Rapport sur les affections des voies lacrymales.

² Recueil d'Ophtalmologie, mai 1891.

³ Ann. d'Ophtalm. Novembre et décembre 1891.

Gama Pinto ¹ incise le phlegmon, fait un curettage et cautérise au fer rouge ou par des caustiques chimiques. C'est en somme le vieux procédé de Magne. L'escharre tombe au bout de 4 jours et la plaie est fermée le 15^e jour.

M. Terson ² incise le point lacrymal supérieur, pénètre dans le sac avec une curette tranchante fenêtrée, pratique le curettage du sac aussi complètement que possible et termine l'opération par une injection de sublimé.

Différents autres procédés ont été proposés au Congrès d'Ophtalmologie de 1891 ³ par les praticiens qui ont pris part à la discussion sur le sujet qui nous occupe.

M. Parinaud emploie contre l'ectasie du sac la pâte de Vienne et il conserve la perméabilité du canal nasal.

M. Grandclément comprime le sac et fait un massage sur la tumeur dix fois par jour.

M. Gilet de Grandmont fait des lavages antiseptiques simples.

M. Vignes injecté quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/50 si le sac est dilaté avec issue de muco-pus à la pression. — Il recommande dans la plupart des cas le procédé au thermocautère de M. le professeur Panas.

M. Motais d'Angers, quand il emploie le thermocautère, place une sonde à demeure pour éviter le rétrécissement consécutif, surtout dans les cas de tumeurs osseuses avec purulence.

M. Kalt incise le sac, passe deux crins de Florence dans le

¹ Ann. d'Oculistique. Janvier 1892.

² Annal. d'Oculistique. Avril 1892. Nouveau procédé Semaine médicale. Mai 1893.

³ Compte rendu du Congr. d'Ophtalm. de 1891.

canalicule supérieur au moyen d'une sonde creuse de Bowmann n° 4.

De bas en haut, par l'orifice créé, il fait plusieurs fois des injections au sublimé à 1/5000. — Quand l'écoulement est modifié, il retire les crins et cathétérise. La fistule ne tarde pas à se fermer.

Il a aujourd'hui délaissé ce procédé et emploie le thermocautère.

M. le professeur Panas agit à ciel ouvert par les divers procédés. S'il y a des lésions osseuses ou fongueuses, il les modifie par la cautérisation. Pour lui, le point important est de bien avoir sous les yeux toute l'étendue du sac ; pour arriver à ce but, il recommande de ne pas hésiter à opérer des débridements et de ne pas craindre de sacrifier le ligament palpébral interne et le tendon de l'orbiculaire.

M. Despagnet a décrit comme suit son curettage modificateur ¹ :

Il ouvre le sac comme un abcès, pratique l'excision d'une portion semi-lunaire du sac, s'il s'agit d'une mucocèle ; aseptise la plaie au moyen de lavages et d'irrigations avec la solution non alcoolique de sublimé à 1 0/00. On râcle toutes les parois avec une curette demi-mousse ; on excise les végétations trop saillantes ; puis on touche la muqueuse, après hémostase, avec la solution : glycérine, 200 gr. ; sublimé 1 gr. Pansement légèrement compressif. Tous les jours, lavage au sublimé et attouchement avec la glycérine au sublimé. La cicatrisation est habituellement complète du huitième au dixième jour.

¹ Compte-rendu du Congrès d'Ophtalmol. de Paris, 1891.

² Th. de Paris, Curettage du sac, 1892.

Le docteur Corny dans sa thèse ² a adopté ce procédé en le modifiant un peu.

Ces derniers procédés ont donné des guérisons. Mais que peuvent-ils contre le larmolement consécutif à un catarrhe du sac, lui-même secondaire d'une lésion osseuse ?

« Les affections désignées sous le nom de tumeurs et fistules lacrymales sont la conséquence d'une ostéite ou d'une ostéopériostite du grand angle de l'orbite ; le point de départ de ces affections ne doit pas être placé dans les rétrécissements du canal nasal. » Telles sont les conclusions de M. Fano que nous acceptons entièrement.

Le cathétérisme est donc inutile ; bien plus il est nuisible, parce qu'on peut avec la sonde produire des déchirures ou seulement des éraillures d'une muqueuse altérée et ouvrir ainsi une porte de plus à l'infection.

« En agissant de la sorte (par la dilatation), on ne guérit pas le mal, on l'améliore, parce que le seul résultat qu'on obtient est de permettre au pus de s'écouler plus facilement par la narine, ce qui empêche ce liquide de s'accumuler dans le sac et de donner lieu ultérieurement à la production d'une fistule de cette région. Au point de vue de la pathologie générale, le traitement des tumeurs et des fistules du sac lacrymal, par la dilatation temporaire ou permanente du canal nasal, n'a qu'un résultat, créer une fistule ossifluente borgne interne, c'est-à-dire une fistule ossifluente nasale du grand angle de l'orbite. »

« Ce traitement est purement palliatif parce qu'il ne fait rien contre la lésion osseuse qui est le véritable point de départ du mal. Pour que le traitement devienne curatif, il faut attaquer directement cette lésion osseuse, agir sur elle par des

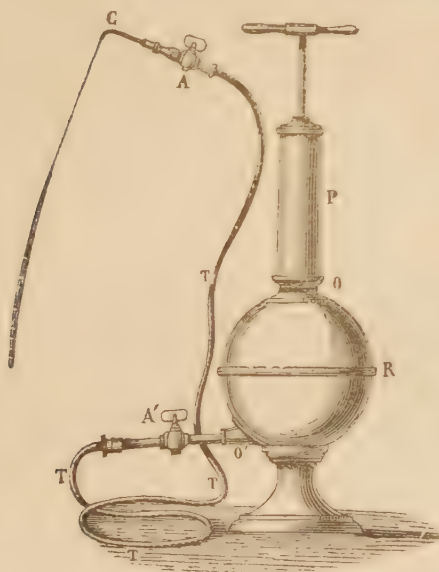
topiques irritants, notamment des injections iodées, ou par des moyens mécaniques, tels que la rugination, qui auront pour conséquence de favoriser l'élimination de la portion osseuse altérée. A ces expédients locaux, il faut ajouter les moyens généraux indiqués dans toutes les affections du système osseux, qui reconnaissent le plus souvent pour cause la diathèse scrofuleuse. »

Ces lignes de M. Fano indiquent nettement le traitement convenable et curatif.

Ayant admis, comme cause de tumeur et fistule lacrymales, l'existence d'une lésion osseuse primitive, nous ne pouvons que nous associer à ces conclusions et proposer un traitement s'attaquant directement à cette lésion causale. Voici donc ce que nous croyons devoir faire.

Lorsqu'un malade se présente avec un catarrhe secondaire du sac, l'indication principale est d'ouvrir le foyer de la lésion osseuse et de pratiquer le grattage, la rugination, en prenant toutes les précautions antiseptiques.

Le malade étant anesthésié, localement par la cocaïne, ou endormi au chloroforme, la région du grand angle est lavée avec soin au sublimé. En outre, le sac sera largement irrigué, soit avec



une solution faible de sublimé, soit avec de l'eau boriquée bouillie. Ce lavage sera fait avec la seringue d'Anel ou mieux avec l'appareil à pompe que nous reproduisons ci-dessous.

Cet appareil se compose d'un réservoir à pied, nickelé, R. sur l'ajutage supérieur, O, duquel vient se fixer une pompe aspirante et foulante P. Un ajutage inférieur O' terminé par un robinet A, permet d'adapter un tube de caoutchouc T, également terminé par un robinet A' sur lequel se monte la canule d'Anel, C.

Pour se servir de l'appareil, on comprime l'air dans la partie supérieure du réservoir, aux $\frac{3}{4}$ plein de solution. On introduit la canule dans le point lacrymal inférieur, on la maintient solidement, pendant qu'un aide ouvre les robinets. On n'a pas ainsi à s'occuper de pousser le piston de la seringue d'Anel, on peut faire une irrigation continue prolongée et l'on obtient une pression supérieure à celle que l'on peut produire avec la seringue ordinaire.

Le sac et la conjonctive étant bien lavés, on pratique, au niveau du grand angle, une incision de un centimètre à un centimètre et demi, dirigé le long du sillon naso-génien. La cicatrice qui en résulte est moins apparente ; le bistouri évite autant que possible la terminaison de l'artère faciale. Cette incision ouvre la paroi antérieure du sac, résultat que l'on obtient en toute sécurité, par l'introduction d'un stylet conducteur dans le sac, par le point lacrymal.

Lorsque le foyer est ouvert, on irrigue largement avec la solution de sublimé ou celle d'acide borique à 4 0/0, on tamponne la plaie jusqu'à arrêt de l'hémorrhagie.

Prenant alors une petite rugine droite ou courbe, ou bien, ce qui est peut-être préférable, une solide curette trouée,

comme celle de Trélat, on rugine et gratte fortement toute la surface osseuse dénudée. Avec une curette ordinaire, on gratte les fongosités et la surface interne du sac. On termine en touchant les surfaces avec une solution, de chlorure de zinc au dixième par exemple ; on lave de nouveau à grande eau et on bourre la plaie de gaze salolée, maintenue par un pansement compressif.

Ce pansement est renouvelé tous les deux ou trois jours. En même temps, on pratique des injections tièdes, qui agissent non seulement comme antiseptiques, mais encore comme émollients.

L'orifice doit être entretenu par le maintien d'un drain à demeure, pendant un temps variable, plus ou moins long, mais toujours jusqu'à ce qu'on ne sente plus d'os dénudé dans la plaie. C'est à cette seule condition qu'on obtiendra des guérisons durables et qu'on se mettra à l'abri de la récurrence qui se produirait inévitablement, si on laissait la plaie se cicatriser avant la guérison de la lésion osseuse.

Le traitement que nous proposons peut donc se résumer de la façon suivante :

Ouverture du sac et recherche de la lésion osseuse.

Rugination ou évidement de l'os malade.

Curettage des fongosités, antiseptie et injections modificatrices.

Entretien de la fistule, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'os dénudé.

Par conséquent, pas de cathétérisme inutile, nuisible même, parce qu'il ne s'adresse pas à la véritable cause du mal.

CONCLUSIONS

A. Les larmes physiologiques sont constituées par la sécrétion de la glande lacrymale sous l'influence de l'émotion morale seulement. Elles n'ont aucun intérêt clinique, l'hypersécrétion des glandes lacrymales étant fort rare et ne jouant presque jamais de rôle pathologique.

Les larmes sont aussi constituées en partie par le mucus sécrété par la conjonctive, sous l'influence d'une excitation réflexe. Ce sont celles-ci qui jouent un rôle important et toutes les fois que leur écoulement par les voies physiologiques et que leur sécrétion sont modifiés, il y a larmolement pathologique.

B. Le larmolement pathologique se produit :

1° *Dans la paralysie de l'orbiculaire des paupières* quand la paupière inférieure est légèrement abaissée et écartée du globe. De là trois sources de larmolement :

a. Changement de situation des points lacrymaux qui ne plongent plus dans le lac lacrymal ; les larmes ne sont pas versées dans les conduits lacrymaux et s'écoulent au dehors.

b. Ecartement et abaissement de la paupière inférieure par

rapport au globe, ce qui a pour résultat de faire couler au dehors les mucosités conjonctivales au lieu de les maintenir derrière la paupière.

c. Défaut de clignement, celui-ci ayant pour fonction à l'état physiologique de porter les mucosités conjonctivales vers le lac lacrymal.

2° Dans l'*ectropion de la paupière inférieure* ; le mécanisme du larmolement est le même que précédemment, la paupière et les points lacrymaux étant déviés.

Ces deux causes n'occupent qu'une place secondaire dans la pathogénie du larmolement.

3° Dans le rétrécissement des points et conduits lacrymaux et du canal nasal par disproportion entre la capacité du contenant et la quantité de liquide destiné à passer par ces voies.

Toutefois ce mode de larmolement n'est jamais primitif et ne constitue pas d'entité morbide ; il n'est que la complication de la cause suivante :

4° Le larmolement a toujours pour point de départ la tuméfaction de la muqueuse du sac lacrymal, affection communément désignée sous le nom de dacryocystite ou de blennorrhée du sac et que nous appelons catarrhe secondaire du sac. Cette affection est toujours constituée primitivement par une ostéite ou une ostéo-périostite du grand angle de l'orbite (apophyse montante du maxillaire supérieur).

5° Le larmolement se produit encore dans toutes les affections inflammatoires de la conjonctive et de la cornée agissant par excitation réflexe et augmentant la sécrétion des larmes. Toutes ces affections peuvent provoquer le rétrécissement des points et canalicules lacrymaux et du canal nasal.

6° Une variété très rare de larmolement, signalée par

M. Fano, consiste dans un spasme nerveux des points et conduits lacrymaux et a été appelée larmolement spasmodique.

Le traitement du larmolement doit toujours s'adresser à sa cause.

1° Dans la paralysie et l'ectropion de la paupière inférieure, on traitera la cause de la paralysie et on cherchera à redresser la paupière.

2° Les rétrécissements des points et conduits lacrymaux et du canal nasal, les catarrhes secondaires du sac lacrymal seront traités PAR LE GRATTAGE DE L'OS MALADE, ou en cas de résistance du patient, par des injections dans le sac à *ciel ouvert*, de liquides *antiseptiques* et caustiques. En même temps on fera quotidiennement des injections tièdes d'une solution boriquée faible (2 %) par les points lacrymaux à l'aide de l'appareil à pompe.

3° On cherchera à relever les constitutions et on instituera un traitement général approprié à la cause (tuberculose, syphilis, arthritisme).

4° Il ne faut *jamais employer de sondes* qui ne peuvent qu'aggraver le mal en provoquant des complications, qui ne s'adressent jamais à la cause et qui font souffrir les malades.

Vu : le Président de thèse

PANAS.

Vu : le Doyen.

BROUARDEL.

*Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

